N° 7 Juillet 2007

SOCIETE ODONTOLOGIQUE DE PARIS

Le journal de la SOP

LA FORMATION CONTINUE DE L'OMNIPRATICIEN

Descendez dans l'arène !

La séance de la SOP à l'ADF sera consacrée aux sujets à controverse en endodontie, parodontie et prothèse

Plan de traitement

Jeudi 11 octobre

Compte rendu formation SOP

Des solutions pour gagner du temps

NEW

Module PIVOMATIC® Sterikit

ACCEDEZ DIRECTEMENT...
A LA COULEUR ET TAILLE DE VOTRE CHOIX

Quick-Post PIVOMATIC

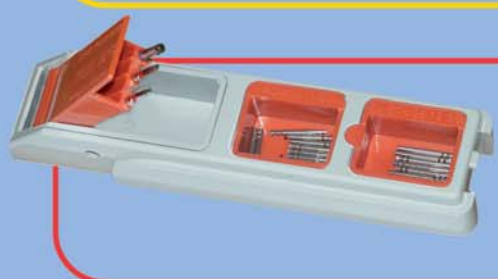
La composition ergonomique de chaque Module permet l'accès direct à la couleur et taille du Pivomatic choisi.
L'Alésoir-Driller blanc ø 1,20 mm, pointe travaillante, présent dans chaque Module permet la désobturation et l'alésage cylindro-conique en un seul temps.
L'Alésoir couleur, pointe mousse, réalise ensuite le logement définitif du Pivomatic choisi.

ø 1,20 mm

1 foret de préparation Gates ø 0,70 (violet)
2 alésoirs-driller ø 1,20 mm bagues blanches
10 inox 9,40 mm Pivomatic Evolution
10 inox XL 11,45 mm Pivomatic Evolution
20 calcinables + 2 clavettes (gratuits)

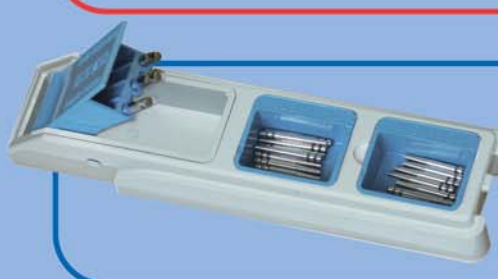
ø 1,30 mm

1 foret de préparation Gates ø 0,70 (violet)
1 alésoir-driller ø 1,20 mm bagues blanches
1 alésoir cylindro-conique jaune
10 inox 9,50 mm Pivomatic Evolution
10 inox XL 11,55 mm Pivomatic Evolution
20 calcinables + 2 clavettes (gratuits)



ø 1,40 mm

1 foret de préparation Gates ø 0,70 (violet)
1 alésoir-driller ø 1,20 mm bagues blanches
1 alésoir cylindro-conique rouge
10 inox 11,50 mm Pivomatic Evolution
10 inox XL 13,55 mm Pivomatic Evolution
20 calcinables + 2 clavettes (gratuits)



ø 1,50 mm

1 foret de préparation Gates ø 0,70 (violet)
1 alésoir-driller ø 1,20 mm bagues blanches
1 alésoir cylindro-conique bleu
20 inox 13,50 mm Pivomatic Evolution
20 calcinables + 2 clavettes (gratuits)

Une couleur... Une taille... Un Module ergonomique

OFFRE DE LANCEMENT **3 achetés = 1 GRATUIT** *

PIVOMATIC® 30 ans de recul clinique

Autoclave : 135°
Poupinel : 180°

Brevets et marques déposés
Docteur Pierre MALEK

COMMANDE			Votre cachet
4 achetés = 3 facturés (Couleurs au choix)			
○ Blanc	Inox Qté	Titane Qté	
● Jaune	Inox Qté	Titane Qté	
● Rouge	Inox Qté	Titane Qté	
● Bleu	Inox Qté	Titane Qté	
Votre distributeur			Votre distributeur .....

*Dans la limite des stocks disponibles

60 MILLIONS DE PIVOMATIC® VENDUS

~~95€TTC~~
Prix unitaire public conseillé
79€TTC
Prix unitaire de lancement conseillé
Soit par 4... 59,25€TTC l'unité

Contact/Informations
Tél : 04 92 12 82 33
CANNES DENTAIRE
1, Allée des Imprimeurs
ZI Secteur A2
06700 ST LAURENT DU VAR

SOMMAIRE

LES FORMATIONS SOP EN 2007

PLAN DE TRAITEMENT

11 octobre 2007
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 7

VOYAGE-CONGRÈS MAROC

2es RENCONTRES
FRANCO-MAROCAINES
26 octobre - 2 novembre 2007

Renseignements
et pré-inscription : p. 31

ACTUALITÉS p. 6 à 11

- La SOP à l'ADF – Descendez dans l'arène !
- Interview de Stéphane Simon, endodontiste – Mise en forme canalaire : Doit-on rêver d'un instrument unique en endodontie ?
- La FSSOSIF : harmoniser l'offre francilienne de formation

PRATIQUE p. 12

- La photopolymérisation, facteur de succès de la restauration composite

Les rendez-vous de la formation continue odontologique

DES SOLUTIONS POUR GAGNER DU TEMPS p. 15

- Soigner le patient, pas ses dents… p. 16
- Les matériaux « rapides » permettent-ils vraiment de gagner du temps ? p. 18
- Endodontie : 13 étapes contre la montre p. 21
- 30 % de gain de temps avec un traitement parodontal d'une séance p. 24
- Les paramètres techniques et décisionnels de l'efficacité en prothèse fixée p. 27

Agenda p. 30

LE CLUB DES PARTENAIRES p. 32

Acteon group – AIREL – AMPLI – BIOMET 3i France – BISICO France – CdP Editions : Wolters Kluwer – CNQAOS – CODIMED – COLTENE WHALEDENT – DEGRE K – DENTAID – DENTSPLY France – DEXTER – DISCUS DENTAL France – DMK – Elsodent – EMS France – EUROTEC DENTAL-ADEC – FABHER – FC Medical Device – FKG Dentaire – GACD – GC France – GENERIQUE INTERNATIONAL – HENRY SCHEIN France – IDISYSTEM – ITENA Clinical – IVOCLAR VIVADENT France – KAVO DENTAL France – KERR France – KOMET France – KREUSSLER PHARMA – LABOCAST – Laboratoire CRINEX – Laboratoires EXPANSCIENCE – Laboratoires GABA-Odopharm – Laboratoire PRED – MACSF – MEGA DENTAL – NICHROMINOX – NOBEL BIOCARE France – NSK France – PFIZER-Sante Grand Public – PIERRE FABRE ORAL CARE – PROCTER & GAMBLE France – PROMODENTAIRE – SD2 – SIRONA DENTAL SYSTEMS France – SLBD-QUICK DENTAL – STRAUMANN France – SUNSTAR-MEDICADENT-PHARMADENT – VELOPEX INTERNATIONAL – VET Microscopie Dentaire – ZIMMER DENTAL France

LISTE DES ANNONCEURS

CNQAOS	p. 28
Dentsply France	p. 4
GC France	p. 14
Kreussler Pharma	p. 14
MACSF	p. 36
Mac Clay	p. 2

MISE EN FORME ET RETRAITEMENT CANALAIRE - OBTURATION CANALAIRE - RÉPARATION CANALAIRE - FRAISES - RECONSTITUTION CORONO-RADICULAIRE

MAILLEFER

INNOVE

ProTaper Retraitement

Le retraitement aussi simple que 1...2...3.

Découvrez vite le **nouveau système** développé **spécifiquement** pour la **reprise de traitement** en rotation continue

- **Un protocole unique et simple** (D1, D2, D3)
- **Amorçage ultra rapide** (pointe active sur la première lime)
- **Sans blocage coronaire ni effet de vissage** (conicité variable inversée)
- **Sans risque de butée** (pointe inactive sur les limes D2 et D3)

DENTSPLY France SAS - division MAILLEFER - 4, rue Michael Faraday - 78180 Montigny le Bretonneux
Tél 01 30 14 77 77 - Fax 01 30 14 77 00 - www.dentsply.fr

SOCIETE ODONTOLOGIQUE DE PARIS
SOP
Le journal de la
Descendez dans l'arène !
La séance de la SOP à l'ADF sera consacrée aux sujets à controverse en endodontie, parodontie et prothèse

Dominique Martin

Money time

Comment gérer le flux des patients tout en préservant une qualité des soins conjuguée au plaisir d'exercer dans les meilleures conditions ? La question se pose avec une acuité particulière, notamment au regard des contraintes administratives qui pèsent de plus en plus lourd sur notre activité.

De cette difficulté à maîtriser le temps naît une frustration qui conduit nombre d'entre nous vers des formations en management. Le temps, c'est de l'argent ! Mais qu'enseigne-t-on principalement au praticien dans ces séminaires ? On lui apprend à dire « non » et à adopter une organisation rationnelle de son cabinet. Idées excellentes certes, mais basées sur le postulat que le praticien a l'envie et surtout les moyens d'améliorer sa gestion du temps.

Or, en la matière, ce postulat initial va rarement de soi. Un praticien stressé, mal organisé et incapable de dire « non » se débarrasse d'autant moins aisément de ces « handicaps » qu'ils constituent le socle d'un comportement solidement ancré. Qui peut croire que cette imprégnation va durablement s'évaporer en l'espace d'un séminaire de management ?

« POUR MAÎTRISER LE TEMPS, IL FAUT REDONNER DU SENS À NOS ACTES ET POUR CELA, IL FAUT SAVOIR DONNER DE SON TEMPS. »

Alors, que faire ? Une tentation existe, largement répandue, qui consiste à aller toujours plus vite et à ne plus consacrer aux actes – cliniques ou non – le temps nécessaire. Or, la mise en œuvre de ces stratégies de gain de temps nous éloigne invariablement du sens de nos actes. Le temps, malheureusement, ne se gagne ni ne se perd, il s'écoule inexorablement. Quand nous exprimons l'idée que nous manquons de temps, nous formulons en réalité le constat que notre emploi du temps n'a plus de sens. Tel est le paradoxe du temps : plus nous courons après lui, plus il nous fait défaut. In fine, l'accélération des cadences aggrave le mal qu'elle prétend soigner !

Bruno Jarrosson écrit : « *Pour maîtriser le temps, il faut redonner du sens à nos actes et pour cela, il faut savoir donner de son temps* [1] ». En donnant du temps pour se former, pour comprendre les souhaits du patient, pour élaborer un plan de traitement raisonné avec lui, on donne du sens au temps de l'action qui va suivre. En se rendant disponible, on améliore sa capacité à anticiper. En sachant anticiper, on évite un certain nombre de problèmes « chronophages » et l'on desserre l'étau des problèmes d'emploi du temps.

(1) Bruno Jarrosson, « Briser la dictature du temps », Maxima-Laurent du Mesnil, 2e édition, 2004.

Société odontologique de Paris
6, rue Jean-Hugues
75116 Paris
Tél. : 01 42 09 29 13
Fax : 01 42 09 29 08
Tirage et diffusion :
40 000 exemplaires
Abonnement 1 an
(10 numéros) : 10 euros
Prix au numéro : 1,55 euro

Rédacteurs en chef :
Marc Roché, Meyer Fitoussi
Directeur de la publication :
Philippe Chalanset
Comité éditorial
Yvan Bismuth
Dominique Martin
Philippe Safar
Bernard Schweitz
Conception, réalisation :
Texto Éditions
Maquette :
Carine Montaillier
Photos :
Fotalia : pp. 1, 6, 7, 15.
G. Mandel : pp. 1, 5, 7, 8, 15, 16, 18, 21, 24, 27, 29, 35.
DR : pp. 3, 7, 11, 12, 13, 15-28, 30, 32-34.

Internet :
www.sop.asso.fr
Secrétariat :
secrétariat@sop.asso.fr
Présidence :
président@sop.asso.fr
ISSN : 1285-3933

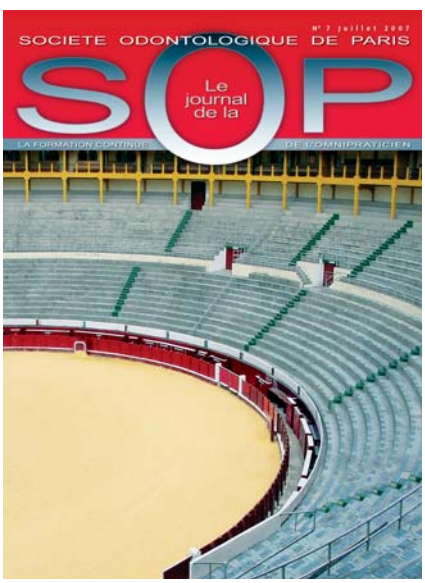
Régie publicitaire :
Philippe Chalanset
La Ngampis-Six
01 42 09 29 13
ngampis.six@sop.asso.fr

Impression : ACTIS

LA SÉANCE DE LA SOP À L'ADF

Descendez dans l'arène !

À l'opposé du cours magistral, la SOP organisera sa séance du congrès de l'ADF autour des sujets à controverse en endodontie, prothèse et parodontologie. Après une courte présentation clinique des conférenciers, le débat avec les congressistes sera privilégié.



La séance de la SOP, au prochain congrès de l'ADF, le jeudi 22 novembre, sera placée sous le signe de l'interactivité. Plutôt que de délivrer un cours magistral sur un thème ou un autre, la SOP a décidé d'importer à l'ADF ce qui fait la force de ses formations tout au long de l'année : la participation des congressistes au débat. Au menu de cette séance, des sujets qui font l'objet de polémiques dans trois disciplines majeures de l'odontologie : endodontie, prothèse et parodontologie. Qu'il s'agisse de thérapeutiques, de matériaux ou de matériels, les questions controversées dans chacune de ces spécialités seront versées au débat après une présentation synthétique.

Le déroulement de la séance sera ainsi rythmé autour de deux temps forts : l'argumentation du conférencier et le débat avec la salle.

Conforter ou questionner notre pratique

Trois cliniciens reconnus dans leur discipline, **Pierre Machtou** en endodontie, **Yves Samama** en prothèse et **Daniel Étienne** en parodontologie, auront pour mission de présenter ces approches, nouvelles ou anciennes, qui font débat en France et ailleurs. Mais attention ! Il ne s'agira en aucune manière de développements d'experts réservés aux seuls spécialistes. Avec le recul de leur connaissance, mais aussi et surtout celui de leur expérience clinique, ces conférenciers exposeront les données existantes et leur avis sur la question en explicitant leurs choix cliniques.

Il s'agira pour les congressistes de conforter leur pratique en l'étayant par l'expérience ou, à l'inverse, de la questionner. L'enjeu de cette séance consistera en effet à susciter la réflexion soit en confirmant notre pratique au quotidien, soit en exposant une approche qui diffère de nos habitudes ou de nos réflexes.

La dentisterie préfabriquée n'existe pas !

En pratique, Pierre Machtou, Yves Samama et Daniel Étienne développeront leur exposé à partir de la présentation de plusieurs cas cliniques. Au terme de ces interventions très courtes qui ne dépasseront pas 15 minutes, le débat sera lancé. Le vrai temps fort de la séance consistera alors dans les échanges entre les congressistes et les conférenciers.

Au quotidien de notre pratique, nous savons, quel que soit le cas abordé, que des approches divergentes peuvent être adoptées. La dentisterie préfabriquée n'existe pas ! C'est cette variété et la pertinence des choix que la SOP veut faire vivre au cours de cette séance. ■

Le stand de la SOP

La SOP met la dernière main, avec les conférenciers, à la préparation de la séance consacrée aux sujets à controverse *(lire ci-dessus)*. Elle travaille également au programme qui sera proposé au stand de la SOP pendant le congrès de l'ADF, qui se déroulera du mardi 20 au samedi 24 novembre 2007. Les « fondamentaux » seront évidemment respectés au stand de la SOP où, dans un climat convivial, les membres du conseil d'administration répondront aux questions des adhérents et des visiteurs. Comme à l'accoutumée, une tombola sera organisée avec comme premier prix un voyage-congrès de la SOP.

SOP FORMATIONS 2007

Plan de traitement :

à chaque patient sa partition !

11 OCTOBRE 2007
DE 9 H À 18 H

UN PLAN DE TRAITEMENT ? POUR QUOI FAIRE ?

60 POINTS de FCO

Le jeudi 11 octobre 2007, participez à la journée SOP et mettez en application votre formation dès le lendemain dans votre cabinet !

En savoir plus sur le plan de traitement ? Lire notre dossier dans le *JSOP* n° 5 – mai 2007.

TARIF SPÉCIAL HÔTEL : 155 €

Offre réservée aux participants : 155 euros la chambre single ou double pour la nuit du 10 au 11 octobre 2007 au Rive Gauche Saint-Jacques Hôtel (nombre de chambres limité). Contact : service Réservation (précisez Journée SOP). Tél. : 01 40 78 78 40 – Fax : 01 40 78 78 04

Passer des solutions techniques toutes faites à l'élaboration d'un plan de traitement adapté au patient.

Élaborer un plan de traitement global adapté au patient – y compris dans ses attentes économiques, esthétiques… – pour décider des solutions techniques appropriées, c'est la clé de la réussite thérapeutique, relationnelle et organisationnelle. À l'aide d'arbres décisionnels, cas cliniques à l'appui, les conférenciers – confrontés à leur contradicteur – proposeront une méthode fiable d'élaboration d'un plan de traitement global. Pour prendre en compte, d'une manière simple, la complexité des variables du choix.

- **Jean-Pierre Attal et Gil Tirlet :** Traiter la dent unitaire
- **Alain Brabant et Dominique Estrade :** L'édentement encastré de faible étendue
- **Jean-François Laluque et Daniel Brocard :** Réhabilitation complexe et pluridisciplinaire
- **Philippe Pommarède :** Prévenir les conflits avec le patient
- **Edmond Binhas :** Obtenir le consentement du patient

BULLETIN D'INSCRIPTION

UN PLAN DE TRAITEMENT ? POUR QUOI FAIRE ?

PARIS – RIVE GAUCHE SAINT-JACQUES HÔTEL – 17, BD SAINT-JACQUES – 14e
à retourner accompagné de votre règlement* à la SOP :
6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris. Tél. : 01 42 09 29 13 – Fax : 01 42 09 29 08

Nom : ..... • **Prénom :** .....

Adresse : .....

.....

Tél. : ..... • **Adresse e-mail :** .....

***Tarifs**

Inscription avant le 3 septembre 2007 – membres SOP et FSSOSIF : 250 € ; autres : 310 €.
Inscription après le 3 septembre 2007 – membres SOP et FSSOSIF : 290 € ; autres : 350 €.
Tarif spécial 120 € : inscription avant le 6 juillet 2007 (membres à jour de leurs cotisations 2006 et 2007 et n'ayant pas déjà utilisé cette offre).

Accepteriez-vous que vos coordonnées soient communiquées à nos partenaires ?
❑ Oui ❑ Non

Voulez-vous recevoir un fichet réduction ?
❑ SNCF ❑ Air France

JSOP0707

INTERVIEW

Doit-on rêver d'un instrument unique en endodontie ?

À ce jour non validée scientifiquement, une technique de mise en forme canalaire avec un instrument unique a été récemment présentée aux États-Unis. Entretien avec Stéphane Simon, endodontiste, pour qui cette technique présente un réel intérêt.

Stéphane Simon
Endodontiste

Une information surprenante circule en ce moment dans la profession selon laquelle une technique de mise en forme canalaire avec un seul instrument serait possible. Vous-même semblez lui donner quelque crédit… Qu'en est-il ?
En effet. Il s'agit d'une technique qui ne fait appel qu'à un seul instrument, en nickel titane, qui permet la mise en forme de tout le canal. Cependant, l'exploration préalable, avec des limes manuelles, reste nécessaire. Les puristes diront donc qu'il ne s'agit pas d'une technique mono-instrumentale.

En quoi consisterait cette technique ?
On la doit au Dr Ghassan Yared, endodontiste à Toronto (Canada). Il l'a mise au point discrètement pendant plus de 18 mois et vient de mettre ses résultats en ligne sur un forum de discussion américain auquel je suis inscrit. Son originalité tient non pas dans l'instrument, le ProTaper Finishing File 2® de Dentsply Maillefer, mais dans le mouvement différent de la rotation continue. Il s'agit du mouvement de réciprocité. En schématisant, l'instrument fait 3/4 de tour en rotation horaire, suivi immédiatement de 1/4 de rotation anti-horaire ; et ce à une vitesse de 300 tours/minute, si tant est que l'on puisse parler de vitesse de rotation. Ce mouvement très ingénieux permet à l'instrument de ne pas visser dans le canal. En effet, grâce au 1/4 de tour anti-horaire il est immédiatement désengagé, et surtout, il avance *« tout seul »* apicalement.

N'êtes-vous pas en train de décrire le Gyromatic ?
Non, pas du tout. Le Gyromatic effectue une succession de 1/4 de tours alternés. L'amplitude du mouvement horaire/anti-horaire étant la même, l'instrument ne peut avancer dans le canal : il fait du sur place. Le mouvement décrit par le Dr Yared n'a rien à voir avec celui-là.

Ainsi, selon vous, un praticien qui aurait dans ses tiroirs des Finishing 2 (rouges) et un moteur d'endodontie pourrait appliquer cette technique ?
À condition qu'il possède un moteur qui permette le réglage de ce mouvement très précis. Actuellement les seuls moteurs qui le permettent sont le Technika ou l'Endovision de la société ATR et le Step Motor, distribué aux États-Unis. Les moteurs Technika ont été produits par Dentsply Maillefer avant la commercialisation du X Smart. À mon grand désespoir, ils ne sont plus vendus sur le marché français, mais il est toujours possible de se les procurer en Italie. En fait, ce mouvement n'a rien de nouveau. Quand le système ProTaper est sorti en 2000, Ghassan Yared était un élève de Pierre Machtou. À cette époque, ils travaillaient déjà tous les deux sur un mouvement alternatif. Puis Ghassan,

parti au Canada, a continué de creuser le sujet. Son acharnement lui a permis d'aboutir. Je suis très admiratif car il a mis dans le domaine public le fruit de ses recherches.

Outre le gain de temps, quel est l'autre intérêt d'une technique à un seul instrument ?
L'intérêt est double. Sur le plan purement pragmatique, la faiblesse scandaleuse des honoraires prévus par la NGAP pour un traitement endodontique et le coût très élevé du matériel endodontique peuvent justifier la recherche d'une réduction du coût du plateau technique. Et cela sans compromis sur la qualité du traitement puisque la mise en forme obtenue est comparable à celle des autres systèmes. Par ailleurs, nous nous dirigeons à grands pas vers une obligation d'instrumentation à usage unique…

Quels éléments vous conduisent-ils à prévoir une instrumentation à usage unique obligatoire ?
Je travaille depuis huit mois à Birmingham, en Grande-Bretagne. Dans mon exercice privé à l'hôpital, tous les instruments utilisés en endodontie sont désormais à usage unique. En avril dernier, tous les praticiens britanniques ont reçu un courrier du General Dental Council, l'équivalent de l'Ordre, leur demandant dorénavant de jeter les instruments endodontiques après chaque usage. Ce courrier a été relayé par la presse grand public. Le *Daily Telegraph* en a même fait sa une. La réutilisation d'un instrument, même après stérilisation, est donc désormais passible d'une condamnation. Pour la petite histoire, c'est une association de défense de patients souffrant de la maladie de Creutzfeldt-Jacob qui est à l'origine de cette décision. En effet, le risque de contamination au prion par les limes, impossibles à nettoyer correctement, est théoriquement possible. Un problème de nettoyage qui a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs publications récentes dans la presse scientifique. Au regard du niveau parfois disproportionné des réglementations par rapport au risque réel (je pense aux rayonnements ionisants, par exemple), je ne serais pas étonné que cette disposition britannique franchisse la Manche très prochainement…

Venons-en à la technique proprement dite. Pouvez-vous la décrire en quelques mots ?
Elle est très simple. Après la réalisation de la cavité d'accès et la localisation des entrées canalaires, une lime de petit diamètre (8 ou 10/100) est utilisée pour déterminer la longueur de travail. Le canal est élargi avec une lime 15/100 jusqu'à la longueur de travail. Puis le Finishing File 2 (F2) est monté sur le contre angle. L'instrument est utilisé en réalisant un effet de « picorage » jusqu'à la longueur de travail. Il est nettoyé tous les trois ou quatre mouvements. Dans la très grande majorité des cas, il faut à peine 45 secondes pour atteindre la longueur de travail, même en présence de canaux à courbures complexes.

Cela semble étonnamment simple…
Si le canal est perméable, ça l'est effectivement. J'ai demandé à une dizaine de mes étudiants, novices en endodontie, de mettre en forme un bloc en plastique et les trois canaux d'une molaire. Je voulais vérifier si ce qui me paraissait évident l'était pour tout le monde. La réponse est oui !

Il reste que cette technique n'est pas, à ce jour, validée scientifiquement…
C'est vrai. C'est pourquoi nous avons mis en place ici, à Birmingham, une recherche avec des étudiants débutants en endodontie pour évaluer l'intérêt de l'enseignement d'une telle technique. Le protocole est prêt. Nous sommes en quête d'un financement, mais elle devrait démarrer dans les mois à venir. À partir de ces résultats, je pourrais dire si mes impressions se vérifient.

Quels inconvénients identifiez-vous dans cette technique ?
Le premier inconvénient réside dans la nécessité de déterminer immédiatement la longueur de travail. Un instrument doit atteindre le tiers apical sans préparation coronaire préalable. Mais ce principe peut être modifié en réfléchissant et en adaptant un peu le protocole. Le risque majeur est lié à la simplicité de la technique elle-même. Le clinicien ne doit en aucun cas oublier que la mise en forme n'est qu'une étape de l'endodontie. Tout ce qui concerne le diagnostic, la désinfection, le champ opératoire, etc. doit absolument être respecté.

Des conférences sont-elles d'ores et déjà données sur cette technique ?
Le Dr Ghassan Yared lui-même en a donné à Toronto. Pour ce qui me concerne, et dans l'immédiat, mon adresse mail est à la disposition de ceux qui voudraient en savoir plus [1]. ■

Propos recueillis par Ariel Sebban

(1) stephane@simendo.com

ÎLE-DE-FRANCE

La FSSOSIF : harmoniser l'offre francilienne de formation

L'objectif partagé des membres de la Fédération des sociétés scientifiques odonto-stomatologiques de l'Île-de-France consiste à rationaliser l'offre de formation de la région. Depuis 14 ans, la Fédération organise une soirée scientifique annuelle.

En 1976, la Fédération des sociétés scientifiques odonto-stomatologiques de l'Île-de-France (FSSOSIF) voit le jour autour d'un constat simple mais pragmatique. Rassembler les sociétés de formation continue d'Île-de-France autour d'un calendrier collectif permettrait d'harmoniser l'offre de formation sur le plan régional. 30 ans plus tard, la soirée commune organisée par la fédération attire chaque année de 200 à 300 participants.

Tarifs préférentiels

La FSSOSIF regroupe la Société odontologique de Paris (SOP), le Cercle d'études odonto-stomatologiques des Hauts-de-Seine (CEOSHS), le Cercle odonto-stomatologique et de formation postuniversitaire de la Seine-Saint-Denis (COSS), le Cercle d'études odontologiques du Val-de-Marne (CEOVDM) et enfin le Cercle odonto-stomatologique et de formation postuniversitaire du Val-d'Oise (COVAL). Elle a instauré des tarifs préférentiels pour les membres des sociétés adhérentes s'agissant des actions de formation proposées par l'ensemble des sociétés fédérées. Soit, à raison de cinq formations annuelles par société départementale, près de 20 formations par an. De plus, le protocole d'accord signé entre la SOP et les sociétés scientifiques de la périphérie permet aux membres de ces sociétés de recevoir la *Revue d'odontostomatologie (ROS)*, publication scientifique de la SOP.

Mise en commun des moyens

Depuis 1993, sous l'impulsion de la SOP, la FSSOSIF organise un rendez-vous commun et régulier, sous la forme d'une soirée scientifique annuelle. Outre la mise en commun des moyens humains et matériels des sociétés franciliennes, cette soirée permet aux praticiens de toute la région de se rencontrer. Rassemblant les confrères sur les thèmes les plus diversifiés de l'omnipratique, la FSSOSIF assume sa volonté œcuménique : *« Nous essayons de traiter de thèmes variés et fédérateurs*, souligne son président Gilles Viennet, président du CEOVDM, *même le mal de dos du chirurgien-dentiste a fait l'objet d'une soirée. »* Le 24 octobre prochain, c'est autour de la technique des inlays-onlays en méthode indirecte que sera organisée la 14e soirée de la Fédération. ■

Trois questions à Gilles Viennet, président de la FSSOSIF

Quelle est la place de la FSSOSIF dans la formation continue ?
Notre ambition est de rassembler les différentes sociétés scientifiques d'Île-de-France et de les faire connaître aux Franciliens.
Notre objectif commun : proposer aux omnipraticiens des formations de qualité animées par des intervenants de renom sur des sujets fédérateurs.
Notre réunion annuelle nous permet de nous rencontrer les uns et les autres. S'il n'est pas toujours facile de déterminer un thème de formation qui fasse consensus, la concurrence entre nos sociétés de formation joue sainement. Elle crée une émulation et tire l'ensemble vers le haut.

Comment voyez-vous évoluer la formation continue ?
Nous nous situons dans l'esprit d'une formation continue libre. La fédération du Val-de-Marne, que je préside, est d'ailleurs membre de la FCL. Nous considérons que la formation continue est un impératif pour notre profession et qu'il incombe au praticien d'en assumer le coût.

Existe-t-il des effets de mode dans le choix des thèmes de formation ?
Les domaines implantaires et la parodontie sont assez prisés, alors que le blanchiment connaît moins de succès. Mais globalement, je ne crois pas qu'on puisse parler de tendance. La demande est très variée et dépend des praticiens, ce qui montre leur curiosité. Notre prochaine formation portera sur les inlays-onlays en méthode indirecte.
Nous avions déjà réalisé une formation sur la méthode directe qui avait suscité beaucoup d'intérêt. Ce thème est d'autant plus porteur que, depuis la nouvelle convention, les inlays-onlays sont désormais non opposables.

Maîtriser les inlays-onlays en méthode indirecte

Quand y recourir ? Comment les utiliser ? Les techniques de collage

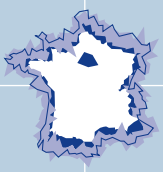
FORMATION DE LA FSSOSIF

24 OCTOBRE 2007
À 19 H 30

➜ **19 h 30 : accueil et buffet dînatoire**
20 h 15 : conférence

➜ **ESPACE SAINT-MARTIN**
199 *bis*, rue Saint-Martin – 75003 Paris
Parkings accessibles :
GTM Saint-Martin – 252, rue Saint-Martin
Beaubourg – 31, rue Beaubourg

14e SOIRÉE SCIENTIFIQUE COMMUNE DE LA FSSOSIF



SOP (Société odontologique de Paris)
CEOSHS (Cercle d'études odonto-stomatologiques des Hauts-de-Seine)
COSS (Cercle odonto-stomatologique de formation postuniversitaire de la Seine-Saint-Denis)
CEOVDM (Cercle d'études odontologiques du Val-de-Marne)
COVAL (Cercle odonto-stomatologique et de formation postuniversitaire du Val-d'Oise)

Le 24 octobre 2007, à l'espace Saint-Martin, une soirée pour tout savoir sur les inlays-onlays en méthode indirecte, une formation pour en maîtriser l'utilisation !

Le formidable essor des matériaux composites et adhésifs permet désormais de faire face à un grand nombre de situations cliniques tout en préservant les tissus dentaires sains. Mais les restaurations en technique directe présentent encore certaines limites. Lorsque le volume de la cavité est trop important ou lorsque plusieurs dents sont concernées dans le même secteur, il devient difficile de contrôler les phénomènes de contraction de polymérisation ou d'obtenir une anatomie occlusale de qualité et de bons points de contact.
Moins délabrants que les restaurations prothétiques, les inlays-onlays en méthode indirecte offrent une pérennité et des garanties de conservation appréciables : ce choix thérapeutique s'impose désormais comme une alternative incontournable dans certaines situations cliniques. **La levée de l'opposabilité de la tarification des inlays-onlays en méthode indirecte par la nouvelle convention permet d'élargir les indications de cette technique.**

Dr Grégoire Kuhn – Maître de conférences –
Praticien hospitalier, ancien interne (Paris VII)

20 POINTS de FCO

➜ **Le mercredi 24 octobre 2007, participez à la 14e soirée de la FSSOSIF et mettez en application votre formation dès le lendemain dans votre cabinet !**

BULLETIN D'INSCRIPTION

MAÎTRISER LES INLAYS-ONLAYS EN MÉTHODE INDIRECTE

ESPACE SAINT MARTIN – 199 *BIS*, RUE SAINT-MARTIN – 75003 PARIS
à retourner accompagné de votre règlement* à la FSSOSIF :
6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris – Tél. : 01 42 09 29 13 – Fax : 01 42 09 29 08

Nom : ..... • **Prénom :** .....
Adresse : .....
.....
Tél. : ..... • **Adresse e-mail :** .....

***Tarifs :**
Inscription membres SOP et FSSOSIF : 50 € ; autres : 85 €.

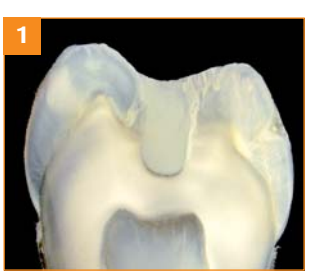
JSOP0707

RÉHABILITATION DES DENTS POSTÉRIEURES

La photopolymérisation, facteur de succès de la restauration composite

Souvent négligée, la photopolymérisation joue pourtant un rôle significatif dans la réussite des restaurations composites. Mode d'emploi.

Aujourd'hui, la restauration composite en technique directe est une thérapeutique de plus en plus utilisée pour la réhabilitation des dents postérieures. Malheureusement, aux dires des praticiens, ce type de restauration semble devoir être repris trop souvent. Ce phénomène ne semble pourtant pas corroborer les études de longévité publiées dans la littérature, qui montrent un bon comportement à moyen et long terme des restaurations composites. L'adhésion aux tissus dentaires calcifiés et les performances des systèmes adhésifs amélo-dentinaires sont souvent incriminées dans la pérennité des restaurations composites. Un autre facteur, souvent négligé, joue lui aussi un rôle significatif dans le succès d'une restauration composite : la photopolymérisation.



1 Cette coupe de dent montre qu'une polymérisation rapide et avec une irradiance élevée dès le début de la photopolymérisation induit des contraintes importantes, suffisamment intenses pour altérer l'interface tissus dentaires/matériau se manifestant par un hiatus.

2 Vue de deux restaurations composites de mauvaise qualité. Les facteurs incriminés dans cet échec sont une mauvaise procédure de collage et une mauvaise photopolymérisation de la résine composite. On peut noter un joint dent/matériau défectueux qui favorise les infiltrations bactériennes.

Les conséquences d'une mauvaise photopolymérisation

Une photopolymérisation de mauvaise qualité est à l'origine de nombreuses répercussions cliniques néfastes. Les propriétés de la résine composite sont altérées. Il peut en résulter une usure prématurée de la restauration, une rupture de l'interface dent/restauration, une instabilité colorimétrique et des phénomènes de solubilisation et d'absorption hydrique de la résine composite.

Le cahier des charges d'un générateur de photopolymérisation

Une lampe à photopolymériser doit répondre à des critères de performance, de sécurité biologique ou de confort d'utilisation.

Elle doit :

- produire un spectre adapté à l'amorçage de la polymérisation de tous les matériaux photopolymérisables. Les paramètres de ce spectre sont déterminés en termes d'irradiance et de longueur d'onde ;
- selon la norme ISO 4049, toute lampe à photopolymériser doit permettre d'obtenir un taux de conversion des monomères à 2 mm de profondeur, au moins égal à 80 % de ce qu'il est en surface ;
- ne pas induire d'altérations des tissus mous, en particulier pulpaires. En effet, malgré la faible conductivité thermique de la dentine, lors de la photopolymérisation de restaurations composites volumineuses, une élévation thermique peut être observée au niveau de l'organe dentaire. Cette élévation de température, lorsqu'elle dépasse 42,5 °C, peut induire des lésions irréversibles du parenchyme pulpaire ;
- présenter une flexibilité d'emploi par l'intermédiaire de programmes variés ;
- générer le moins de bruit possible ;
- être fiable et durable ;
- être maniable. Les lampes doivent offrir par leur légèreté et leur ergonomie une manipulation facile et permettre une excellente vision du champ opératoire quelle que soit la situation clinique.

Quel type de photopolymérisation préconiser ?

Il a été démontré que la plupart des propriétés des résines composites s'améliorent quand la densité d'énergie reçue par le composite est élevée. Une exception mérite toutefois d'être soulignée : la rétraction de polymérisation

augmente de manière indésirable quand la densité d'énergie est accrue.
Le mode de polymérisation rapide ou au contraire progressif est aussi un paramètre important qui détermine la qualité de l'interface dent/obturation.
Une polymérisation progressive est préférable à une polymérisation rapide. En effet, une polymérisation rapide et avec une irradiance élevée dès le début de la photopolymérisation peut générer des contraintes brutales et suffisamment intenses pour casser le joint d'étanchéité au contact des parois cavitaires créant ainsi un hiatus 1. Cet hiatus pourra être à l'origine de sensibilités dentaires, de phénomènes de percolation, d'infiltration bactérienne et de récidive de lésion carieuse 2 3.

Quelles lampes préconiser ?

Au vu des données de la littérature, il apparaît que les lampes halogènes et les lampes à diodes électroluminescentes de deuxième génération assurent un meilleur degré de conversion de composite à une profondeur de 2 mm 4. D'autre part, il est indispensable de rappeler qu'il est impossible de polymériser vite et bien 5.
Les lampes plasma dont les atouts commerciaux avaient trouvé leur fondement dans le gain de temps lors de la polymérisation ne sont pas conseillées en raison de la qualité marginale médiocre procurée par la polymérisation rapide.

Degré de conversion des résines composites : un indicateur de qualité de la polymérisation

Le degré de conversion des monomères des résines composites est un bon indicateur de la qualité d'une polymérisation. C'est le paramètre le plus souvent mis en avant pour évaluer l'efficacité d'une lampe à photopolymériser. Des études récentes montrent que les lampes à diodes électroluminescentes de deuxième génération permettent d'obtenir de bons degrés de conversion des résines composites (≥ 80 % de ce qu'il est en surface à 2 mm de profondeur), supérieurs ou égaux à celui obtenu avec les lampes halogènes.

Privilégier l'entretien des générateurs

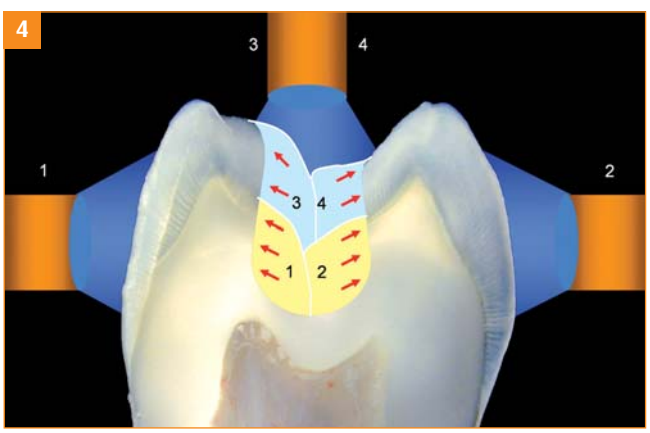
Il convient d'insister sur le fait que tout générateur nécessite un entretien et un contrôle réguliers. En effet la grande quantité de monomère résiduel non polymérisé que laissent des lampes mal entretenues a de multiples conséquences, comme nous l'avons vu préalablement. Pourtant, cet entretien fait défaut en pratique courante. En effet, des études montrent que 50 % des lampes présentes dans les cabinets devraient être remplacées. Concernant les lampes halogènes le remplacement de leurs ampoules, tous les six mois idéalement (et non pas quand l'ampoule ne fonctionne plus), permet de maintenir les performances de ces générateurs. ■

Nicolas Lehmann

3

Vue clinique après dépose des anciennes restaurations. On peut effectivement constater que la mauvaise qualité de l'interface dent/restaurations a permis la récidive de lésions carieuses.

4



Afin d'obtenir une meilleure qualité du joint dent/obturation, une polymérisation progressive doit être privilégiée. La restauration doit être montée par couches successives de composites de 2 mm d'épaisseur. Chaque couche de composite est polymérisée avec un mode progressif. La fibre de la lampe est placée de façon à guider les vecteurs de polymérisation.

5

Vue clinique après réfection des composites sur 36 et 37 selon les recommandations énoncées précédemment.

EQUIA de GC

L'équilibre parfait.

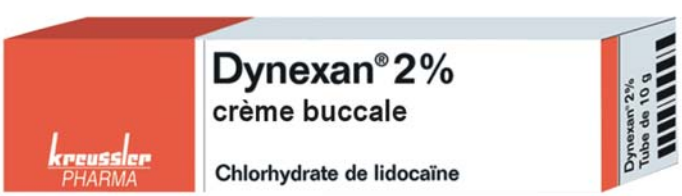
Le nom **EQUIA** signifie "**E**asy (facile) – **Q**uick (rapide) – **U**nique – **I**ntelligent – **A**esthetic (esthétique)".

Une nouvelle approche dans la thérapeutique de restauration : les restaurations utilisant la technologie du verre ionomère n'ont jamais été aussi esthétiques, translucides, performantes et économiques !

Fuji IX GP EXTRA et le **G-Coat PLUS** représentent la première combinaison qui associe une manipulation rapide et aisée à de bonnes propriétés physiques et une esthétique incomparable.

Des performance doublées et les caractéristiques optiques du naturel.

GC



Anesthésique de 1ère intention*

Traitement symptomatique des lésions douloureuses de la cavité buccale (dès 6 ans)

Rapide Efficace Précis

*sur prescription médicale

Rembourse 35% séc. soc.

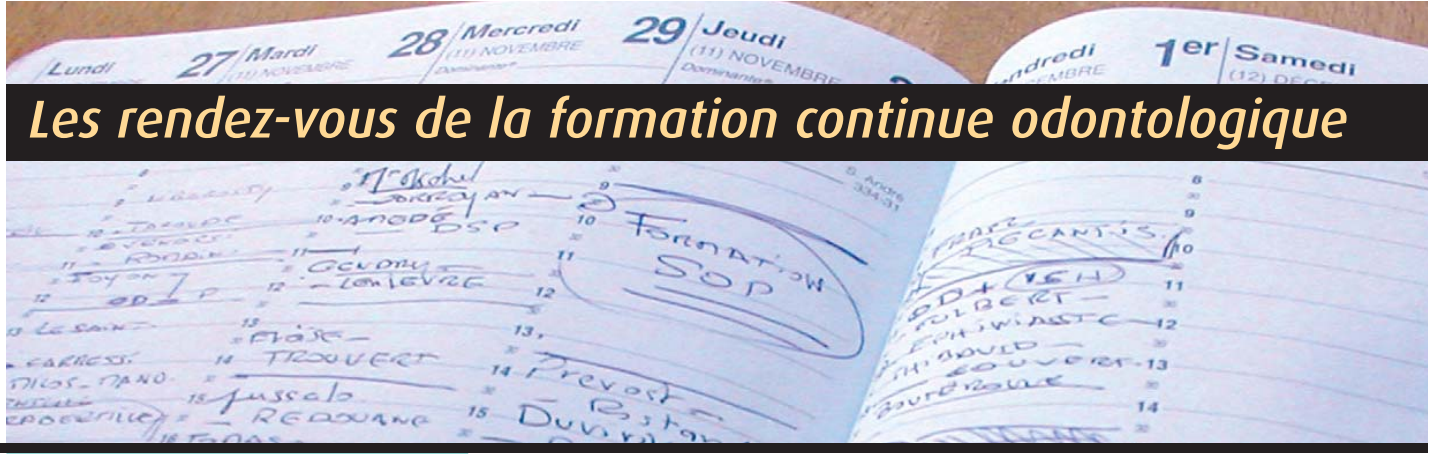
kreussler PHARMA

N° Indigo 0 825 887 885

DÉNOMINATION*:** DYNEXAN® 2%, crème buccale. ***COMPOSITION : Chlorhydrate de lidocaïne : 20,00 mg pour 1g. ***FORME PHARMACEUTIQUE :*** Crème buccale. ***DONNÉES CLINIQUES :*** **Indications thérapeutiques :** Traitement symptomatique de courte durée des lésions douloureuses de la cavité buccale. Anesthésie locale de contact avant explorations instrumentales en odontostomatologie. **Posologie et mode d'administration* :** Adulte et enfant de plus de 6 ans : Application de 0,5 g de crème, 4 fois par jour maximum. **Contre-indications :** Ne pas utiliser en cas d'hypersensibilité à l'un des constituants de la formule, en particulier à la lidocaïne ou aux anesthésiques locaux en général. **Mises en garde* :** Ne pas utiliser chez l'enfant de moins de 6 ans. **Interactions*** : En principe, ne concernent pas l'utilisation par voie locale. **Grossesse* :** Utilisation possible sur une courte période et sans dépasser les doses préconisées. **Allaitement :** Utilisation possible. **Effet sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines :** Pas de données particulières. **Effets indésirables* :** Des réactions allergiques sont possibles. **Surdosage* :** Non attendu dans les conditions normales d'utilisation. ***PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES :*** **Propriétés pharmacodynamiques* :** Effet rapide (une minute) et de longue durée (environ une heure). **Propriétés pharmacocinétiques* :** Métabolisme hépatique et élimination urinaire. **Sécurité préclinique* :** Ce traitement ne doit pas être administré sur une longue période et au-delà des doses préconisées. ***DONNÉES PHARMACEUTIQUES :*** **Liste des excipients* :** Chlorure de benzalkonium, éthanol à 96%, mélange aromatique. **Incompatibilités :** Sans objet. **Durée de conservation :** 3 ans. Ne pas conserver à plus de 25°C. **Nature et contenu de l'emballage extérieur :** 10 g en tube (Aluminium vernis). ***AMM :*** 352 798-9. LISTE II. Prix: 4,58 €. Remb. Séc. Soc. à 35% - Collect. ***DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT :*** 25 novembre 2004. ***DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE :*** 23 février 2006. ***Pour une information complète, consulter le dictionnaire VIDAL.**

EXPLOITANT: Laboratoire KREUSSLER PHARMA - 18, avenue Parmentier - 75011 PARIS - Fax.: 01 43 70 21 06.

AP DYN - Primconcept 10/06



LES FORMATIONS SOP EN 2007

› PLAN DE TRAITEMENT

11 octobre 2007
de 9 h à 18 h

Bulletin d'inscription : p. 7

› VOYAGE-CONGRÈS MAROC

2es RENCONTRES
FRANCO-MAROCAINES
26 octobre - 2 novembre 2007

Renseignements
et pré-inscription : p. 31

ET AUSSI...

› LES FORMATIONS DU RÉSEAU FCL

Toutes les informations, tous les comptes rendus *in extenso* sont consultables sur :
www.sop.asso.fr

Des solutions pour gagner du temps

1 200 PRATICIENS ONT PARTICIPÉ à la journée de formation de la SOP consacrée au gain de temps, dont nous proposons un résumé synthétique. On soulignera la diversité tant des disciplines abordées que de leur traitement.

Philippe De Jaegher a abordé l'organisation des soins en insistant sur la nécessité d'une approche centrée sur le patient plutôt que sur sa pathologie afin d'éviter d'éventuelles déconvenues, forcément chronophages.

Dans le domaine de la dentisterie restauratrice, Nicolas Lehmann a dressé un panorama des matériaux et des techniques permettant de réduire le temps de réalisation des obturations collées en s'interrogeant sur leur efficacité réelle.

Jacob Amor et Bernard Schweitz ont délivré des conseils en termes d'organisation et d'ergonomie des soins afin de gagner du temps, respectivement en endodontie et en parodontie.

Enfin, Éric Hazan a traité de la prothèse fixée, un domaine où le gain de temps reste difficile mais possible. ■

Le compte rendu de cette formation SOP, pages suivantes, a été coordonné par Dominique Martin et réalisé avec le concours de Didier Aronis, Hervé Choukroun, Sandrine Dahan, Jean-Christophe Huyghebaert et Philippe Jouard.

PHILIPPE
DE JAEGHER
Organisation
du temps médical

Soigner le patient, pas ses dents...

Pour Philippe De Jaegher, une approche « médicale » qui permet de mieux répondre aux besoins de santé du patient est un gage d'efficacité.

L'EXPRESSION « *gagner du temps sans compromis* » laisserait entendre qu'il existe une contradiction entre la notion de gain de temps et la qualité des soins. Toutefois, une approche dite « médicale » centrée sur le patient permet de relever ce défi et de gérer le temps dans l'ensemble des domaines liés à notre activité. Elle se décompose en plusieurs temps : la détermination des besoins du patient, les objectifs à atteindre, la prise de décision et l'action thérapeutique. Cette démarche médicale fait alterner les moments « lents », d'une part, au cours desquels on va s'intéresser à la demande du patient et les moments « d'action », d'autre part, au cours desquels on va pouvoir mettre en œuvre efficacement des moyens thérapeutiques.

LE PATIENT AU CENTRE DE LA DÉMARCHE MÉDICALE

Dans le modèle médical traditionnel, la maladie occupe la place centrale au détriment du patient. Le raisonnement « linéaire » qui considère successivement étiologie, pathologie, signes et symptômes de la maladie, constitue une démarche cohérente mais ancienne, qui présente certaines limites. Elle a, certes, été à l'origine de nombreuses victoires sur les maladies infectieuses, mais n'est pas adaptée aux maladies chroniques qui sont devenues les principales causes de mortalité. La définition actuelle de la santé a évolué et ne consiste plus seulement en l'absence de maladie, mais bien en un état complet de bien-être physique, mental et social (OMS). On peut restaurer une fonction sans nécessairement remplacer tous les organes. La reconstitution d'une fonction ne constitue pas la reconstruc-

1

2

1 – Chez cette patiente âgée de 60 ans sans pathologie active, la demande porte davantage sur les conséquences fonctionnelles et sociales que sur la déficience.

2 – La réalisation d'une épithèse permet de répondre rapidement aux besoins concernant l'aspect et le confort. Elle remédie au handicap social exprimé par le patient (cas clinique : Michel Ache).

L'essentiel de la séance de la SOP/Gagner du temps, 22 mars 2007

tion *ad integrum*. En odontologie, la consultation d'un patient peut être motivée aussi bien par des symptômes que par les conséquences de déficiences fonctionnelles ou anatomiques. L'évaluation du retentissement de ces déficiences en termes d'incapacité ou de handicap est un élément essentiel d'une dentisterie centrée sur le patient.

DÉTERMINER DES OBJECTIFS DE SANTÉ

La définition des besoins de santé est le résultat de la synthèse de la demande du patient et des éléments de l'examen et du diagnostic. Cette démarche permet de fixer, en accord avec le patient, des objectifs puis de déterminer ensemble les moyens thérapeutiques qui permettront de les atteindre. ■

3

3 – Chez cette patiente âgée de 50 ans atteinte de bruxisme sévère, la demande portait sur la correction des pertes de substance, mais dans un contexte social de recherche d'emploi.

4

4 – Les incisives maxillaires sont reconstituées par des composites et protégées par une orthèse de port nocturne. L'objectif de maintien de l'intégrité sera abordé ultérieurement (cas clinique : Bernard Fleiter).

Vos questions, les réponses de Philippe de Jaegher

Existe-t-il des outils pour évaluer la qualité de vie en odontologie ?

Oui, des outils existent sous la forme de questionnaires soumis aux patients, mais ils sont surtout destinés à la recherche clinique. En ce qui concerne la douleur, il existe une échelle d'évaluation avec un curseur que le patient déplace à l'endroit où il situe sa douleur (échelle visuelle analogique). Il est possible de l'utiliser également pour mesurer la perception par le patient de sa fonction, du confort ou de l'aspect de sa prothèse.

Combien de temps consacrez-vous à la première consultation ?

30 minutes. Mais en fonction des cas, une deuxième consultation peut être nécessaire avec éventuellement des examens complémentaires. Une approche centrée sur le patient n'allonge pas le temps de la consultation.

L'absence de proprioception au niveau des implants, associée à la surélévation de la DVO, n'est-elle pas une cause pouvant expliquer les douleurs d'un patient ?

On peut imaginer beaucoup de causes à la douleur car dans le cas présenté, elle s'est installée depuis plusieurs mois. Dans cette situation d'incertitude il faut se fixer des critères et évaluer son traitement selon ces critères, c'est-à-dire, dans le cas d'une douleur, on supprime ou on réduit la douleur avant d'émettre des hypothèses. Par exemple, pour un édentement molaire, on remplace les molaires par une restauration provisoire et on en examine l'efficacité sur la douleur existante.

Pourquoi, dans le cas du diastème interincisif, ne pas avoir utilisé un composite de couleur gingivale sur les deux incisives ou des facettes ?

Parce que la demande est juste esthétique et fonctionnelle. Et cette solution respecte l'intégrité des tissus dentaires. Le patient a choisi cette solution car au niveau de l'évaluation, c'est sa qualité de vie qui prime.

NICOLAS LEHMANN
Dentisterie restauratrice

Les matériaux « rapides » permettent-ils vraiment de gagner du temps ?

Adhésifs, lampes à polymériser, colles... Selon Nicolas Lehmann, le choix des matériaux, en odontologie restauratrice, doit avant tout être adapté à la situation clinique.

POUR NOMBRE D'ENTRE NOUS, une journée au cabinet équivaut à une véritable course contre la montre. Dans la mesure où l'odontologie restauratrice constitue une part importante de l'activité de l'omnipraticien, gagner du temps dans cette discipline constitue un réel gain de temps au quotidien. Or, en odontologie restauratrice, on peut gagner du temps dans quatre domaines : le choix des adhésifs amélo-dentinaires, la photopolymérisation, le collage d'une restauration indirecte et l'ergonomie des soins.

LES ADHÉSIFS AMÉLO-DENTINAIRES

Aujourd'hui, l'application de nombreux adhésifs disponibles sur le marché requiert de une à trois étapes. La réduction du nombre d'étapes opératoires constitue-t-elle un réel gain de temps clinique ? Ne représente-t-elle pas un compromis sur la qualité du collage ?

Pour répondre à cette question, revenons d'abord sur le mode d'action des différents adhésifs. Ils se divisent en deux familles :

- Les systèmes qui requièrent un mordançage suivi d'un rinçage (M. & R) :
  - les M. & R 3 (en trois temps) : Mordançage + Primer + Adhésifs ;
  - les M. & R 2 (en deux temps) : Mordançage + Primer-Résine.
- Les systèmes automordançants (SAM) :
  - les SAM 2 (en deux temps) : Primer-Acide (pas de rinçage) + Résine ;
  - les SAM 1 : tout en un.

Les études démontrent que les SAM sont plus rapides d'utilisation que les M. & R. En revanche, il n'existe pas de différence significative en termes de gain de temps entre les SAM 1 et 2 ni entre les M. & R 2 et 3. Les avantages des SAM sont liés à l'absence de rin-

1

2

1 – Plus rapides d'utilisation, les systèmes adhésifs automordançants adhèrent souvent moins bien à l'émail que les adhésifs avec mordançage préalable.

2 – Multilink® Sprint (Ivoclar Vivadent) : colle auto-adhésive sans traitement de surface préalable qui permet un gain de temps lors du collage d'une restauration.

L'essentiel de la séance de la SOP/Gagner du temps, 22 mars 2007

çage. Il n'y a pas d'élimination de la boue dentinaire, la résine infiltre directement la dentine déminéralisée, ce qui réduit le risque de sensibilités postopératoires. Par ailleurs, l'absence d'étape de rinçage est intéressante lors de restaurations de lésions cervicales juxtagingivales pour lesquelles la pose de la digue est impossible, le rinçage risquant de provoquer un saignement. L'inconvénient majeur des SAM réside dans leur performance d'adhérence à l'émail réduite du fait de l'absence de mordançage indépendant.
Une méta-analyse sur la longévité clinique des restaurations cervicales montre un taux d'échec supérieur pour les M. & R 2 et les SAM 1. Ainsi, pour les secteurs postérieurs et les lésions cervicales, un SAM, de préférence un SAM 2, sera privilégié. En revanche, dans les restaurations antérieures, le collage se faisant essentiellement sur l'émail un M. & R sera privilégié, de préférence un M. & R 3.

LA PHOTOPOLYMÉRISATION

Différents types de lampes sont proposés sur le marché : plasma, halogène et LED. Les temps de polymérisation recommandés sont très variables selon les lampes.
Qu'en est-il de la qualité de la polymérisation selon les lampes et les durées d'exposition ? De nombreuses études ont montré que plus la polymérisation est rapide, avec une irradiance élevée, moins la qualité de l'interface dent/obturation est satisfaisante. La polymérisation provoque en effet une contraction de la résine de l'ordre de 2 % à 4 %.
La contraction entraîne des contraintes au niveau du joint composite/dent et provoque l'apparition d'hiatus ou de fissures dans la paroi dentaire. Il est donc préférable de réaliser une polymérisation lente et peu intense en début de polymérisation, et plus intense en fin de polymérisation, lorsque l'essentiel de la contraction de prise a eu lieu.
Les programmes conviviaux des lampes de dernière génération permettent de réaliser simplement cette technique. Il est également possible d'obtenir une polymérisation comparable en situant la lampe à distance du composite en début d'exposition, puis en la rapprochant progressivement.
Dans un cas de reconstitution postérieure au composite en technique directe par apposition de six incréments, comparons le temps consacré à la pose de l'adhésif et à la photopolymérisation selon deux techniques. Dans le premier cas, nous avons utilisé un adhésif M & R et une lampe halogène et, dans le second cas, un SAM et une LED. Résultat : la seconde technique a permis de gagner 130 secondes. ...

3

3 – MaxCem® (Kerr Hawe) : colle auto-adhésive sans traitement de surface préalable.

4 et 5 – La réalisation de soins par quadrant permet d'économiser du temps consacré à l'installation du patient et à la pose du champ opératoire.

4

5

L'essentiel de la séance de la SOP/Gagner du temps, 22 mars 2007

6

6 – AdheSE® One (Ivoclar Vivadent) : le conditionnement de certains systèmes adhésifs permet une meilleure ergonomie et donc un gain de temps.

LE COLLAGE D'UNE RESTAURATION INDIRECTE

Pour le collage de restaurations indirectes, il existe trois familles de colles :

- les colles sans potentiel adhésif ;
- les colles avec potentiel adhésif (type Super Bond ou Panavia) ;
- les colles autoadhésives (type Rely X Unicem).

Les deux premières familles nécessitent un traitement de surface dentaire et prothétique, tandis que la dernière s'utilise sans aucun traitement de surface. Les colles autoadhésives permettent de gagner du temps et de simplifier le protocole, mais elles présentent une adhérence moins forte. L'utilisation de ces dernières pourra toutefois être envisagée dans certaines situations : lorsque la préparation est rétentive, par exemple, lorsque l'humidité ne peut pas être bien gérée, lorsque les bords ne sont pas visibles – les colles autoadhésives présentent en effet un choix de teintes souvent limité – ou encore lorsque la prothèse est réalisée en nouvelle céramique, en alumine ou en zircone.

L'ERGONOMIE DES SOINS

Comme dans les autres disciplines, le matériel peut être organisé en cassettes, ce qui constitue un gain de temps lors de la mise en place du plateau technique. De plus, il est préférable de travailler par quadrant en limitant le nombre de séances afin d'économiser le temps consacré à l'installation du patient ainsi qu'à la pose du champ opératoire. ■

Vos questions, les réponses de Nicolas Lehmann

Existe-il des adhésifs, des colles et des lampes universelles ?

Malheureusement non.
C'est en fonction des cas cliniques qu'il faut les choisir. Il me semble indispensable de disposer d'au moins deux systèmes adhésifs. Un adhésif avec mordançage préalable – notamment pour tout le secteur antérieur, où l'on doit coller essentiellement sur de l'émail – d'une part, et un système automordançant, notamment pour ses avantages concernant les sensibilités postopératoires, qui nous posent parfois problème dans le secteur postérieur d'autre part. Il est difficile aujourd'hui de trouver un produit unique qui permette de répondre à tous ces critères.

Les anciennes lampes halogènes permettent-elles de réaliser une polymérisation contrôlée ?

Oui. Avec les lampes halogènes, le praticien dispose d'un programme généralement constant et d'une irradiance constante. S'il veut obtenir une polymérisation progressive, il devra se tenir à distance pendant les cinq premières secondes et ensuite se rapprocher de la restauration. Plus on va se rapprocher, plus la restauration va recevoir ses 800 milliwatts.

Les lampes LED dont la puissance augmente progressivement sont-elles conseillées ?

Oui, ce sont des lampes intéressantes. D'ailleurs, on l'a vu sur la qualité de l'interface : les lampes qui disposent d'une polymérisation progressive permettent d'obtenir une interface de qualité.

S'agissant du collage des pièces prothétiques, l'épaisseur de l'adhésif entre-t-elle en ligne de compte ? Peut-on contrôler l'épaisseur ? Comment obtenir un bon joint ?

Si l'on dispose d'une couche d'adhésif *(bonding)* importante, on a parfois des difficultés, après photopolymérisation, à insérer la pièce prothétique. Il est donc extrêmement important de demander à son prothésiste d'appliquer deux ou trois couches de *die spacer* pour compenser cette épaisseur d'adhésif au moment du collage.

JACOB AMOR
Endodontie

Endodontie : 13 étapes contre la montre

Du diagnostic à l'obturation canalaire, en passant par l'utilisation d'un champ opératoire ou d'une aide visuelle, Jacob Amor passe en revue les moyens de gagner du temps à chaque étape de l'acte endodontique.

Les objectifs de l'endodontie sont la prévention et le traitement de la parodontite apicale. Afin de gagner du temps en endodontie sans faire de compromis, il faut de l'organisation, de l'ergonomie, une stratégie, connaître les techniques et respecter des étapes essentielles. Passons ces éléments en revue.

DURÉE ET NOMBRE DE RENDEZ-VOUS

Lorsqu'on compare le temps passé pour le traitement canalaire d'une molaire réalisé en une séance et en deux séances, on constate que le report de la séance d'obturation canalaire entraîne une perte de temps d'une demi-heure : il est donc intéressant de réaliser le traitement en une seule séance. Il est possible d'y parvenir lorsque la dent est asymptomatique et à condition de pouvoir sécher les canaux à la fin de la mise en forme (absence de saignement ou de suppuration). Pour les dents infectées en revanche, il faut être plus prudent et n'obturer dans la séance que s'il est possible de traiter la totalité du réseau canalaire et à condition de l'irriguer abondamment.

ERGONOMIE

Pour gagner du temps sur le terrain de l'ergonomie des soins, il convient de :

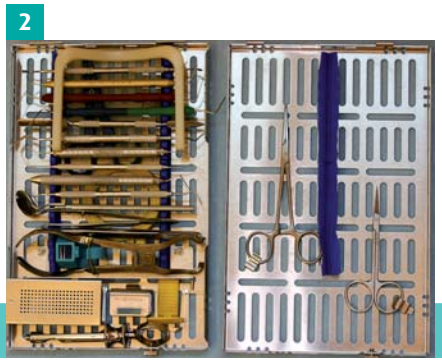
- préparer les instruments en cassette : on y disposera le matériel pour l'anesthésie, pour le diagnostic et pour la pose du champ opératoire, mais également les radiographies, fraises et clamps ou encore le matériel pour l'obturation canalaire ;
- préparer des sachets de séquence instrumentale en 21 et en 25 mm et également en 28 ou en 31 mm.

TRAITEMENT

Dans le **traitement de l'urgence**, le traitement d'une pulpite est la pulpotomie. On enlève 80 % du tissu pulpaire. Il ne faut pas chercher à pénétrer ...

1

2

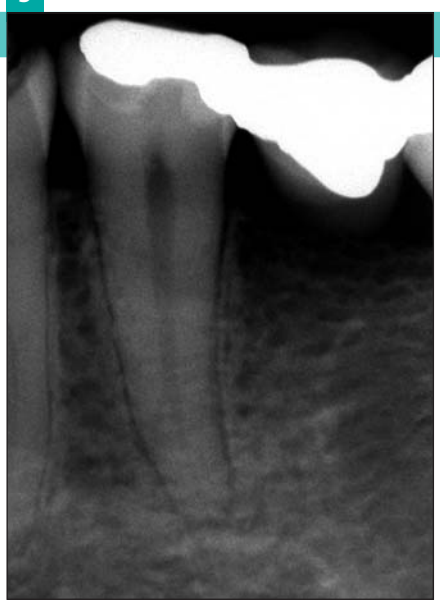


1 – Cavité d'accès d'une molaire mandibulaire. Notez l'élimination complète du plafond pulpaire. Cette étape du traitement endodontique ne tolère aucun compromis.

2 – Ergonomie : toute l'instrumentation nécessaire au traitement endodontique est réunie dans une cassette.

L'essentiel de la séance de la SOP/Gagner du temps, 22 mars 2007

3



3 et 4 – Gagner du temps sans compromis sur nos objectifs : le but ultime du traitement reste l'obturation tridimensionnelle du système canalaire.

5 – Séquence « standard » sur son support : système Endoring.

4

5

... dans les canaux dans la mesure où il existe un risque d'entraîner une pulpite radiculaire, c'est-à-dire de provoquer l'urgence de l'urgence. Le traitement de l'abcès apical aigu est le drainage.

S'agissant de **l'anesthésie**, l'effet de la tronculaire est obtenu après une attente de 10 à 12 minutes. Au contraire, l'anesthésie transcorticale offre un effet immédiat qui permet d'entreprendre le travail sans délai. La tronculaire a une efficacité de deux à trois heures contre 30 minutes pour l'anesthésie transcorticale. L'association des deux anesthésies permet de commencer le traitement rapidement et de le terminer dans les meilleures conditions.

RECONSTITUTION CORONAIRE

La **reconstitution des parois coronaires avant traitement** présente plusieurs avantages :

- une pose du champ opératoire facilitée ;
- l'étanchéité du champ opératoire ;
- une cavité à quatre parois (réservoir de NaOCl) ;
- une bonne assise de l'obturation coronaire temporaire.

Le ciment verre ionomère (CVI) est un matériau adapté à ce type de restauration ; sa mise en œuvre est simple et rapide. Si la dent est très délabrée, nous coffrerons avec une bague de cuivre ou une bague d'orthodontie.

L'utilisation d'un **champ opératoire** permet de travailler plus confortablement, avec plus de sécurité (pas de risque d'avaler un instrument ni de solution d'irrigation) d'où un gain de temps. Une étude, réalisée en 2002 en Grande-Bretagne, montre que les patients ont une opinion favorable de la pose de la digue et que 62 % des praticiens qui ne posent pas la digue n'utilisent pas non plus d'hypochlorite de sodium par crainte d'indisposer leurs patients.

CAVITÉ D'ACCÈS

La **cavité d'accès** constitue une étape indispensable au succès, il faut savoir y consacrer du temps. Ainsi, il faut éliminer complètement le plafond pulpaire, ce qui permet de relocaliser les entrées canalaires et donc d'obtenir un accès direct aux canaux. Lors des retraitements, la cavité d'accès doit souvent être retouchée.

L'utilisation d'**aides visuelles** est recommandée, notamment les loupes de X 2,5 à X 6 ou, mieux, un microscope.

La **détermination de la longueur de travail** se fait grâce à un localisateur d'apex. La radiographie permet de vérifier la mesure. Le localisateur d'apex permet d'éviter de tâtonner avec trois ou quatre radios. Précisons que la radiographie numérique sans fil (type Digora) ou avec fil (type RVG) ne permet pas un gain de temps significatif en termes de prise de vue comparée à un cliché argentique développé avec des bains rapides (du type Rapid Access de Kodak). En revanche, la technologie numérique permet de gagner du temps extra-fauteuil (archivage, dossier, communication).

L'essentiel de la séance de la SOP/Gagner du temps, 22 mars 2007

NETTOYAGE ET MISE EN FORME

La rotation continue permet au praticien d'être plus rapide qu'avec une instrumentation manuelle. Les critères pour choisir un système sont les suivants :

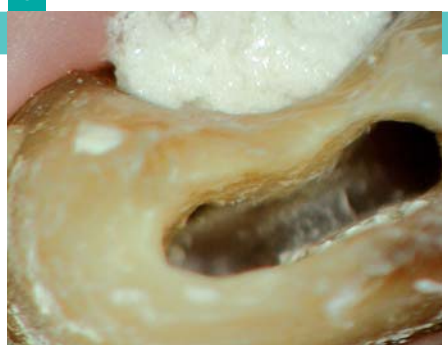
- un minimum d'instruments ;
- une seule séquence ;
- le rapport efficacité/rapidité ;
- il doit permettre de travailler avec un appui pariétal ;
- pas de récapitulation.

IRRIGATION

Les instruments mettent en forme, les solutions d'irrigation nettoient. Le temps d'action nécessaire de NaOCl à 0,5 % est de 30 minutes, de NaOCl à 4 % de 5 minutes. Le chauffage des solutions permet d'augmenter l'efficacité tout en gardant une toxicité acceptable. On détermine le volume délivré par l'opacité de la solution qui doit être claire, ce qui correspond environ à 1 CC à chaque irrigation.

6 et 7 – Importance des aides visuelles (ici un microscope opératoire) dans la localisation des entrées canalaires.

6



7

L'**obturation tridimensionnelle canalaire** peut être réalisée au moyen de deux systèmes au choix : le Thermafil ou le System B associé à un pistolet à gutta pour la remontée.
Organisation, ergonomie, réflexion, stratégie et technologie permettent donc de gagner du temps en endodontie de même que l'expérience et le travail à quatre mains. ■

Vos questions, les réponses de Jacob Amor

Que faire en cas de saignement après une pulpotomie ?

Pour obtenir l'hémostase, on réalise une compression avec une boulette de coton et de l'eau oxygénée pendant 3 minutes (montre en main). Deux possibilités : soit le saignement est stoppé, dans ce cas on applique une boulette de coton (sans produit, ou seulement un peu d'hypochlorite Cavit©), et un rendez-vous est donné pour la semaine suivante.
Si le saignement se poursuit, il faut extirper avec un tire-nerf la pulpe du plus gros canal (distal ou palatin des molaires inférieures ou supérieures).
Si le saignement n'est pas jugulé, on recourt au nettoyage et à la mise en forme de l'intégralité des canaux.

Dans l'anesthésie transcorticale, peut-on laisser le tuteur en place pour réinjecter en cours d'intervention ?

Dans ce système d'anesthésie (X-Tip de Dentsply) – ce n'est pas le cas de tous les systèmes –, il faut laisser le tuteur en place. Vous pouvez en effet être amené à réinjecter de l'anesthésique. La durée d'action est assez brève (30 minutes).
Il faut savoir qu'à chaque fois que vous en ajouterez, le temps d'action sera plus court : on acidifie, ce qui rend l'anesthésie moins efficace.

Faut-il prescrire des antalgiques systématiquement ?

Oui. Les patients présentent de façon quasiment certaine des suites postopératoires qu'ils vivent différemment. Je préfère leur prescrire des antalgiques, même s'ils ne les utilisent pas et les avertir : *« La pression de la mastication va être douloureuse à partir de demain et pendant quelques jours. »* Ainsi, à partir du moment où les patients sont prévenus, ils dédramatisent ce qui arrive. Ils ajusteront leurs prises et leurs doses antalgiques en fonction de la douleur. Ibuprofen, paracétamol ou ibuprofen associé au paracétamol sont les prescriptions les plus efficaces. Mais certains patients n'en ressentent pas le besoin.

Toutes les questions des participants et les réponses des conférenciers peuvent être consultées sur le site Internet de la SOP : www.sop.asso.fr

L'essentiel de la séance de la SOP/Gagner du temps, 22 mars 2007

BERNARD SCHWEITZ
Parodontologie

30 % de gain de temps avec un traitement parodontal d'une séance

C'est par l'évolution du protocole de réalisation des détartrages-surfaçages radiculaires que l'on peut prétendre au gain de temps le plus spectaculaire.

En parodontologie, il est possible d'optimiser le temps passé pour le traitement à deux niveaux : lors des procédures cliniques d'une part, c'est-à-dire au fauteuil, mais également en envisageant la globalité du traitement par la modulation des délais entre les différentes étapes (non chirurgicale, de réévaluation et chirurgicale) d'autre part.

PROCÉDURES CLINIQUES

Le traitement parodontal non chirurgical est constitué du détartrage-surfaçage radiculaire (DSR). En quelques décennies, les concepts du traitement parodontal ont largement évolué. Le curetage parodontal décrit dans les années 1970 avait pour objectif la suppression du tartre, de la plaque et de ses toxines ainsi que du cément supposé infiltré et nécrosé. L'épithélium de poche était également destiné à être excisé au moyen de curettes. Nous savons désormais que la seule action sur la paroi radiculaire de la poche est suffisante pour obtenir une cicatrisation. De plus, il a été mis en évidence que les toxines bactériennes sont assez peu adhérentes aux surfaces radiculaires et l'instrumentation de la racine est devenue moins agressive. Par conséquent, les temps de traitement s'en trouvent raccourcis.
Des études cliniques ont montré une efficacité de traitement équivalente entre des opérateurs consacrant un temps de traitement de 5 à 8 minutes par dent. Au-delà d'un certain temps de traitement, l'instrumentation de la

Recommandations pour le traitement parodontal des patients à risque

Lors de la séance des questions, le problème des traitements parodontaux chez des patients à risque d'endocardite infectieuse a été très rapidement abordé. Rappelons les recommandations en la matière, éditées à la suite de la conférence de consensus de 2002 (http://www.sfcardio.net – Section *« Recommandations de la Société française de cardiologie »*). Il existe deux groupes de cardiopathies à risque :

Groupe A : Cardiopathies à haut risque
- Prothèses valvulaires (mécaniques, homogreffes ou bioprothèses)
- Cardiopathies congénitales cyanogènes non opérées ou dérivations chirurgicales (pulmonaire – systémique)
- Antécédents d'endocardite infectieuse

Groupe B : Cardiopathies à risque moins élevé
- Valvulopathies : insuffisances aortiques, insuffisances mitrales, rétrécissements aortiques
- Prolapsus de la valve mitrale avec insuffisance mitrale et/ou épaississement valvulaire
- Bicuspidies aortiques
- Cardiopathies congénitales non cyanogènes sauf communication interauriculaire (cardiopathie non à risque)
- Cardiomyopathies hypotrophiques obstructives (avec souffle à l'auscultation)

L'essentiel de la séance de la SOP/Gagner du temps, 22 mars 2007

racine devient une inutile « surinstrumentation ». En revanche, en présence de poches profondes, il faut garder à l'esprit que le temps d'instrumentation est plus long en raison de la plus grande surface radiculaire à traiter et des difficultés d'accès, notamment sur les molaires.

L'utilisation des ultrasons permet un gain de temps significatif pour des résultats cliniques identiques au traitement manuel (curettes de Gracey). L'évolution du matériel ultrasonore tend à augmenter ces résultats, notamment grâce aux inserts spécifiques très fins destinés à l'environnement sous-gingival.

C'est par l'évolution du protocole de réalisation des DSR que l'on peut prétendre au gain de temps le plus spectaculaire : le traitement classique en quatre à six séances de 45 à 60 minutes a, peu à peu, laissé place, dans la littérature scientifique, au traitement en deux séances rapprochées, puis en une seule séance. Dans ses descriptions initiales, l'intérêt de la technique résidait dans la notion de désinfection globale de la cavité buccale en un seul geste clinique (action mécanique et antiseptique). Mais la supériorité des résultats cliniques du protocole « court » est aujourd'hui controversée. En revanche, on constate que le traitement en une seule séance apporte un gain de temps de 25 % à 30 %. Les temps de traitement sont de deux à trois heures environ en fonction des situations cliniques. Ce temps peut cependant être plus long dans les cas de parodontites sévères. Le temps de traitement est évalué au moyen :

- du sondage qui fournit la proportion de poches profondes (supérieures à 6 mm) ;

1

2

3

1 et 2 – Clichés réalisés avant et après un traitement non chirurgical en une séance de deux heures. Ce protocole a remplacé un traitement classique qui aurait été effectué en quatre séances de 45 minutes.

3 – Inserts fins spécifiques pour le détartrage et le surfaçage des molaires.

Les actes de parodontie doivent êtres précédés d'une antibioprophylaxie, ou sont contre-indiqués, selon les recommandations suivantes :

Groupe A : Recommandée Groupe B : Optionnelle	Actes bucco-dentaires contre-indiqués
Actes bucco-dentaires invasifs • Sondage parodontal • Détartrage avec ou sans surfaçage **Actes chirurgicaux** • Avulsion dentaire • Freinectomie • Biopsie des glandes salivaires accessoires • Chirurgie osseuse	**Actes chirurgicaux** • Amputation radiculaire • Transplantation/réimplantation • Chirurgie périapicale • Chirurgie parodontale • Chirurgie implantaire • Mise en place de matériaux de comblement

L'antibioprophylaxie recommandée lors de soins dentaires est la suivante :

Molécule
- Amoxicilline : 3 g per os (2 g si le poids du sujet est inférieur à 60 kg)
  Prise unique dans l'heure précédant le geste chez l'adulte

Si allergie aux b-lactamases :
- Pristinamycine : 1 g per os
- ou Clindamycine : 600 mg per os

L'essentiel de la séance de la SOP/Gagner du temps, 22 mars 2007

4

5

6

7

4 et 5 – L'utilisation d'une sonde n° 17 permet d'évaluer la présence de tartre sous-gingival.

6 et 7 – État initial et deux mois après traitement initial non chirurgical. À ce stade, l'inflammation a régressé et la réévaluation peut être effectuée sur l'ensemble des dents.

...

- du bilan radiographique long cône qui permet le diagnostic des lésions interradiculaires et des lésions infra-osseuses, lesquelles demandent un traitement plus chronophage ;
- de la quantité de tartre évaluée empiriquement avec une sonde n° 17 passée le long des parois radiculaires de différents sites de la bouche afin de détecter les spicules de tartre sous-gingivaux.

L'instrumentation combine, le plus souvent, ultrasons et curettes de Gracey. Le travail se fait quadrant par quadrant dans une même séance, et l'anesthésie est systématique. Une prescription d'antalgiques est établie en fin de séance, en cas de nécessité, ainsi qu'une prescription de bains de bouche qui seront stoppés dès que le brossage peut redevenir normal (un à trois jours après le traitement).
L'expérience de l'opérateur est un facteur important à prendre en considération. Il faut d'ailleurs noter que le praticien « expérimenté » consacre plus de temps au traitement que le praticien dit « non expérimenté ». Il est possible que le premier ait davantage conscience du temps d'instrumentation malgré tout nécessaire à l'obtention de surfaces radiculaires exemptes de tartre.

LE TRAITEMENT PARODONTAL CHIRURGICAL

L'ergonomie et l'organisation du matériel en cassette permettent également de gagner du temps. Tout doit être disponible. Il est indispensable de prévoir une grande quantité de matériel, même s'il n'est pas utilisé, pour éviter une perte de temps en cas de nécessité d'un instrument non prévu.
Le respect des temps chirurgicaux est tout aussi déterminant. Chaque temps doit être complètement effectué avant de passer au suivant, sans jamais revenir en arrière puisque chaque étape « prépare » la suivante : incision, dégranulation (suppression des tissus inflammatoires), détartrage-surfaçage (tartre résiduel après phase initiale), recontourage osseux (si nécessaire), sutures.

LE TRAITEMENT GLOBAL

Réaliser le traitement initial non chirurgical en une seule séance, au lieu de quatre séances espacées d'une semaine, permet de gagner trois semaines sur cette phase.
Le temps de cicatrisation avant réévaluation est très variable suivant les auteurs. Une étude récente estime que la cicatrisation des tissus épithéliaux se fait en deux semaines, celle du tissu conjonctif en quatre à huit semaines. La réévaluation devrait donc avoir lieu dans un délai de quatre à huit semaines selon l'état inflammatoire initial. Il est possible d'anticiper certains actes chirurgicaux comme la chirurgie préprothétique qui peut se faire quelques semaines après traitement initial, lorsque les tissus parodontaux superficiels retrouvent leur santé. La prothèse peut être finalisée six à huit semaines après la chirurgie.
De même, en présence de lésions infra-osseuses profondes qui ne cicatrisent pas après traitement non chirurgical seul, les chirurgies régénératrices pourront être anticipées et réalisées dès que les tissus gingivaux seront assainis et donc manipulables chirurgicalement, soit environ quatre semaines après la phase initiale. En revanche, dans les autres situations (poches modérées à profondes, alvéolyse horizontale), un temps de réévaluation de quatre à huit semaines sera nécessaire avant d'indiquer ou non une phase chirurgicale. ■

L'essentiel de la séance de la SOP/Gagner du temps, 22 mars 2007

ÉRIC HAZAN
Prothèse fixée

Les paramètres techniques et décisionnels de l'efficacité en prothèse fixée

Difficile de gagner du temps en prothèse fixée. Pour autant, réaliser une bonne restauration dès le départ permet de ne pas en perdre par la suite.

Réussir à gagner du temps dans le domaine de la prothèse fixée tient de la gageure. En effet, le gain de temps réel se mesure à la qualité des restaurations réalisées, et donc à leur longévité. Pour illustrer ce propos, prenons un bridge céramo-métallique de trois éléments entre les dents 45 et 47 avec, comme élément *pontic*, la dent 46. Les particularités de cette construction sont :

- Un inlay contre-inlay en or sur la dent 45 ;
- Deux éléments céramo-métalliques sur les 46 et 47 ;
- Les deux parties sont reliées par un attachement.

Dans ce cas clinique, gagner du temps peut se traduire par « *ne pas refaire les restaurations* ». Par ailleurs, la question du gain de temps peut également être abordée selon deux paramètres, décisionnels d'une part, et techniques d'autre part.

PARAMÈTRES DÉCISIONNELS

Ils prennent en compte trois éléments essentiels :

- Le motif de la consultation ;
- Le diagnostic précis ;
- Le meilleur choix thérapeutique.

Ces trois éléments vont amener le praticien à établir la meilleure adéquation possible entre un type de restauration et l'état de délabrement de la dent. L'objectif consiste à restaurer la dent tout en la préservant au maximum. L'illustration en est donnée avec le traitement préventif des fractures des incisives par l'utilisation raisonnée de facettes de céramique collées.

Du point de vue du gain de temps, dans ce cas précis, l'intérêt est double : il s'agit de préserver la dent tout en lui redonnant une fonction et une esthétique. La réalisation de facettes de céramique collées représente un gain de temps non négligeable par rapport aux mêmes dents traitées ...

Vos questions, les réponses de Eric Hazan

Dans le cas d'un mordu pour une dent unitaire, terminez-vous directement la céramo-métallique ?

Oui. C'est un gain de temps si le protocole est respecté. Dans le cas contraire, c'est une perte de temps.

Comment procédez-vous au scellement des facettes provisoires ?

Je ne scelle pas. J'utilise la gouttière tirée du wax-up et du modèle en plâtre. Je la positionne en bouche et je vérifie qu'il n'existe pas de gêne au niveau gingival. Ensuite, je remplis la gouttière de composite sans envisager ni de mordançage, ni de *bonding* sur les dents. Il faut en appliquer suffisamment pour sentir une légère résistance en plaçant la gouttière sur les dents. Le composite est malléable, on appuie avec le doigt de façon à former la dent au travers de la gouttière. Puis, l'on photopolymérise avec la lampe. Le surplus de composite qui passe entre les dents va être suffisant pour quelques jours. Bien entendu, il faut retirer délicatement le surplus avec curette et fraise. S'agissant du côté palatin également, on obtient quelque chose de tout à fait solide. Généralement, les morceaux peuvent être retirés avec une curette. Dans le cas contraire, il existe des zones de contre dépouille trop importantes. On utilise alors une fraise et l'on rentre délicatement dans le composite. Avec pression, celui-ci va casser et il pourra ainsi être enlevé.

Réalisez-vous des essayages de chape pour une dent unitaire ?

Non, jamais.

L'essentiel de la séance de la SOP/Gagner du temps, 22 mars 2007

1

2

1 – Les signes cliniques sont tout d'abord identifiés, facilitant le diagnostic. Ici l'illustration des dégats sur les tissus dentaires des parafonctions : l'usure des tissus durs (émail et dentine), l'apparition de fissures, mais aussi la diminution de l'épaisseur des dents, enfin les facettes d'abrasions caractéristiques du serrage ou du bruxisme. .

2 – La stabilité de la gencive marginale liée au temps de préparation de la dent et de la provisoire permet une adéquation entre la couronne définitive et l'environnement parodontal.

... par des couronnes. Elle constitue une économie de temps en termes de réalisation technique.

PARAMÈTRES TECHNIQUES

De la préparation jusqu'au scellement définitif, le détail, étape par étape, des points importants de la réalisation d'une couronne montre qu'il nous est impossible de gagner du temps aux étapes de préparation des dents et de mise en place de provisoires.

Au contraire, il faut prendre tout son temps afin d'aménager les tissus dentaires et parodontaux et vérifier la fonction et l'esthétique de la dent concernée. Enfin, le terrain doit être préparé pour une action précise, au moment de la prise de l'empreinte, de son traitement au laboratoire. Il conviendra également de réussir l'essayage et le scellement de la couronne concernée. ■

L'ASSISTANTE DENTAIRE JOUE UN ROLE PREPONDERANT
AU SEIN DE VOTRE CABINET

Elle est l'AUXILIAIRE INCONTOURNABLE, tant au niveau de la COMMUNICATION que du PLATEAU TECHNIQUE.

CNQAOS
Centre National de Formation des Assistants en Odonto-stomatologie
98-100 Chemin des Bourdons 93221 GAGNY CEDEX
Tél. : 01.41.53.53.53. Fax : 01.41.53.89.93.
infos-cnqaos@wanadoo.fr www.cnqaos.asso.fr

L'essentiel de la séance de la SOP/Gagner du temps, 22 mars 2007

CE QUE VOUS EN AVEZ PENSÉ

« UN CHAUFFE-BIBERON POUR L'HYPOCHLORITE »

Michèle Daudeville,
53 ans, omnipraticienne à Mitry-Mory (77)

« Parfois, les formations sont intéressantes pour la culture générale, mais hélas déconnectées de la réalité de notre exercice.
Ce n'était pas le cas de celle-ci. J'ai appris des tournemains peu onéreux et faciles à mettre en place, comme l'utilisation d'un chauffe-biberon pour augmenter l'efficacité de l'hypochlorite sans en accroître la toxicité. Des petites astuces qui vont me rendre de grands services au quotidien. »

« RIEN SUR LE RÔLE DES ASSISTANTES ? »

Pierre Mader,
46 ans, omnipraticien à Chalon-sur-Saône (71)

« Je viens à la SOP depuis huit ans. Mon cabinet est déjà très structuré.
Du coup, j'ai trouvé que l'on accordait trop d'importance aux aspects techniques et pas assez aux questions relatives à l'organisation du cabinet.
J'aurais, par exemple, souhaité que le rôle des assistantes ou la gestion du carnet de rendez-vous soient abordés. Cela ne m'empêchera pas de revenir à la SOP ! »

« RÉALISER DES CURETAGES EN UN TEMPS »

Virginie Benhamour,
37 ans, omnipraticienne à Levallois (92)

« Je reviens de cette journée avec des recettes concrètes dans plusieurs disciplines. En parodontie, par exemple, réaliser l'anesthésie du deuxième secteur avant de terminer le premier secteur ou réaliser des curetages en deux, voire en un temps, me paraît une bonne méthode pour gagner du temps.
En dentisterie restauratrice, le tableau comparatif des systèmes de collage qui a été présenté va faire évoluer mon choix de colle. »

« DES RECETTES APPLICABLES PAR LES GÉNÉRALISTES »

Xavier Domenach,
35 ans, omnipraticien à Cadaujac (33)

« L'avantage des formations de la SOP est que l'on peut en tirer profit très rapidement. Les "recettes" qui nous sont délivrées sont applicables par des généralistes comme moi.
Je pensais que cette formation serait moins concrète, mais j'ai eu la bonne surprise de voir les conférenciers passer en revue des techniques et des nouveaux matériaux et traiter véritablement des aspects cliniques qui permettent le gain de temps. »

À propos de la conférence de Philippe De Jaegher

Par Sylvie Saporta

Sortir du modèle biomédical centré sur une « *normalité biologique* » pour se centrer sur le patient dans sa globalité. Cette démarche, au cœur de l'intervention, constitue un gain de temps en ce qu'elle donne la possibilité au patient de comprendre sa pathologie et permet d'identifier ses besoins réels.
Nous devons aller plus loin dans cette voie d'intégration de la dimension psychopédagogique du patient. Cette démarche existe : elle a pour nom l'éducation thérapeutique du patient. Elle est codifiée, mais méconnue et peu appliquée en odontologie. Créée à l'origine pour les patients atteints de maladies chroniques, elle n'exige pas plus de temps, dans sa mise en œuvre, qu'une « information » du patient préalable au consentement éclairé.
En pratique, il ne s'agit pas simplement d'informer son patient, mais de prendre le temps de savoir ce qu'il sait déjà sur la question, ce qu'il a compris, afin d'instaurer une véritable communication.
Adapter l'éducation thérapeutique du patient à l'odontologie permet de diminuer son stress et d'augmenter son adhésion au traitement.
Pour le praticien, elle apporte le confort de la certitude que le patient accepte le traitement et qu'il suivra les consignes post-traitement. De surcroît, cette démarche est la seule qui permette de s'assurer du consentement éclairé du patient.

La mascarade que nous vivons tous aujourd'hui, qui consiste à faire signer, le plus souvent sans un mot d'explication, un « *formulaire de consentement éclairé* », est choquante. Elle montre à quel point le corps médical accepte difficilement le partage des connaissances consistant à faire du patient un partenaire et non pas un sujet. Nous pouvons et nous devons modifier nos comportements. D'autant que ce temps passé est rapidement récupéré en termes de confort du patient, de diminution de son agressivité – souvent due à un sentiment d'impuissance –, de confiance vis-à-vis de son praticien, et joue, par là même, un rôle important dans la diminution du stress du praticien.

AGENDA

Les formations du réseau Formation continue libre (FCL)

ADAFCOS

Association de l'Ain de formation continue en odonto-stomatologie
Tél. : 04 74 45 31 37
maison-dentaire01@wanadoo.fr

Jeudi 13 septembre 2007
Maison dentaire de l'Ain – Viriat
de 8 h 30 à 18 h

- **Travaux pratiques : les « batailles » des adhésifs –** 8o crédits FCO

Dr Michel DEGRANGE

CEIOP

Cercle d'étude d'implantologie orale et de parodontologie
Dr Loïc David – Tél. : 06 26 80 46 43
ceiop@ceiop.com

Jeudi 20 septembre 2007
Bordeaux – de 19 h 30 à 23 h

- **Study Group : SELARL, oui ou non ?**

Dr Loïc DAVID

Jeudi 11 octobre 2007 – Bordeaux
CAPC Musée – de 9 h à 17 h

- **Approche de la parodontie pour un cabinet d'omnipratique. Chirurgie plastique parodontale : chirurgie d'excellence pour le patient –** 6o crédits FCO

Dr Jean-Pierre OUHAYOUN

Vendredi 12 et samedi 13 octobre 2007 – Bordeaux – de 9 h à 17 h

- **Formation approfondie en parodontologie (1re session) : Diagnostic, plan de traitement**

CRRNO

Collège régional de réhabilitation neuro-occlusale du Pr Pedro Planas
Patrick Ampen – Tél. : 01 60 23 29 33
patrick.ampen@wanadoo.fr

Dimanche 14 et lundi 15 octobre 2007
Paris – Hôtel Meditel – de 9 h à 17 h

- **Journées d'initiation à la réhabilitation neuro-occlusale (RNO) – Niveau 1 –** 12o crédits FCO

Drs P. AMPEN, G. BLANC, M. FINIDORI

FOC 38

Formation odontologique continue de l'Isère
Dr Yves Cahn – Tél. : 04 76 46 68 15
yvescahn@wanadoo.fr

Jeudi 20 septembre 2007
Échirolles – Hôtel Dauphitel
de 8 h 30 à 18 h

- **Les principales lésions des muqueuses buccales en pratique quotidienne**
  6o crédits FCO

Dr R. A. MONTEIL

FOC 62

Formation odontologique continue du Pas-de-Calais
M. A. Cattoen – Tél. : 03 21 98 87 45

Jeudi 4 octobre 2007 – Wicres
La Claire Fontaine – de 8 h 30 à 18 h

- **L'hypnose au cabinet dentaire**
  6o crédits FCO

Dr DELCOMBELLE

SBR

Société bioprogressive Ricketts
6 bis, rue Mesnil – 75116 Paris
Dr Hanh Pichelin – Tél. : 01 47 27 45 73
hanh.vuong@wanadoo.fr

Lundi 17 septembre 2007
Salons de l'Aéro-club de France
75116 Paris – de 9 h à 18 h

- **Comprendre et surmonter les abandons de traitement en orthodontie –** 6o crédits FCO

Drs H. BARCELONNE, G. BIAS, M. C. BLESTEL, C. BOURDILLAT-MIKOL, A. BRACONNIER, M. G. CHOUKROUN, W. MESNAY, S. ROZENSWEIG, Mme S. VERMOREL, I. SANANES (psychanalyste)

12, rue Louis-Braille – 31520 Ramonville-St-Agne
Dr Rotenberg – Tél. : 05 62 17 50 50
rotenberg-valats@wanadoo.fr

Lundi 17 septembre 2007
Toulouse – de 9 h à 17 h

- **Importance de la prise en compte de la dimension transversale dans la pratique de l'ODF**
  6o crédits FCO – Dr J.-L. OUHIOUN

SFOPS

Société française d'odontologie psychosomatique
L. Blumen – Tél. : 03 29 38 16 09
laurent.blumen@tele2.fr

Vendredi 5 et samedi 6 octobre 2007 – Paris – Maison Nicolas-Barré
de 13 h 30 à 18 h et de 8 h 45 à 17 h

- **Cours séminaire : La première consultation. Clinique, évaluation et relation thérapeutique**
  9o crédits FCO

PR M. GUILLAIN, DR CH. ROMAGNA, R. SIRVEN MCU

SFPIO Paris

Société française de parodontologie et d'implantologie orale de Paris
Dr Cédric Fievet – Tél. : 03 44 57 99 44
www.sfpio-paris.org

Jeudi 4 octobre 2007
Espace Bernanos – 4, rue du Havre
75008 Paris – 19 h 30

- **Microchirurgie parodontale et implantaire**

Dr Rino BURKHARDT

SOBHL

Société odontologique du Bassin houiller lorrain
Dr André Heck – Tél. : 03 87 85 15 46
andre.heck@wanadoo.fr

Jeudi 25 octobre 2007
IUT de chimie de St-Avold
de 14 h à 19 h

- **Journée conférence : Choisir ses matériaux en prothèse fixée dento et implanto-portée**
  3o crédits FCO

Drs SCHOUVER et SALOMON

Du 26 octobre au 2 novembre 2007

VOYAGE/CONGRÈS MAROC

→ 2es rencontres franco-marocaines de chirurgie dentaire

La SOP en collaboration avec la Faculté de médecine dentaire de Rabat organise les 2es rencontres franco-marocaines de chirurgie dentaire.

Situé dans le centre historique de Rabat, l'hôtel Tour d'Hassan et son architecture hispano-mauresque. Jardin andalou, piscine, solarium, fitness, sauna-hamam. 5 étoiles normes locales.

Situé dans le quartier de l'Hivernage avec son parc fleuri de 8 hectares, l'hôtel Es Saadi est renommé pour son excellente table. Piscine, salle de gym, court de tennis, casino, spa, sauna-hamam. 5 étoiles normes locales.

- **DU 26 AU 28 OCTOBRE : RABAT** - Hôtel Tour d'Hassan
- **DU 29 OCTOBRE AU 2 NOVEMBRE : MARRAKECH** - Hôtel Es Saadi

Possibilité de prolongation de séjour à l'hôtel Es Saadi, à Marrakech, du 2 au 5 novembre

Le programme scientifique et les conditions de participation seront publiés dans le JSOP n° 8 – septembre 2007.

pré-inscription et renseignements

À RETOURNER À : Chaumont Voyages – M. Perrault
9, rue principale du Port – 92638 Gennevilliers Cedex
Tél. : 01 47 92 22 40 – Fax : 01 47 99 17 50

Nom : .....

Prénom : .....

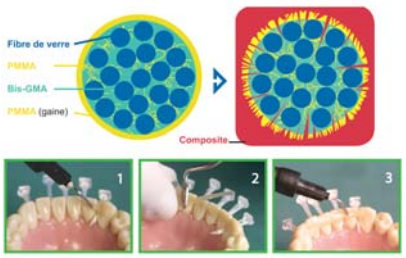
Adresse : .....

.....

Tél. : .....

SD2

EverStick



DESCRIPTIF

La réponse aux problèmes de manipulation et de longévité des fibres de renfort.

Issus de plus de dix ans de recherche universitaire, les renforts EverStick sont constitués de fibres de verre incluses dans un gel de résines se dissolvant partiellement au contact des composites pour permettre l'interpénétration entre les deux matériaux et créer une double liaison chimique et mécanique assurant une cohésion très tenace et des propriétés mécaniques jamais atteintes. Ainsi, EverStick confère aux composites une résistance à la flexion de 900 MPa à 1 280 MPa, une résistance à la fatigue 30 fois supérieure à celle d'une résine renforcée par du métal. Souple, malléable et légèrement collant, le renfort EverStick épouse fidèlement l'anatomie dentaire. Il se coupe facilement, sans ciseaux spéciaux et sans effilochage. Il peut être retouché et recoupé à la fraise ou au bistouri y compris après polymérisation. EverStick permet de réaliser directement au fauteuil un nouvel éventail d'applications cliniques économiques, esthétiques et peu délabrantes. Les renforts EverStick sont disponibles en faisceaux de diamètre 0,75 mm, 1,2 mm ou 1,5 mm et sous forme de toile très mince (60 µm).

LES PLUS PRODUIT

- Les propriétés mécaniques
- La facilité de manipulation
- L'esthétique
- Le recul clinique de 10 ans

SD2
50 *bis*, rue des Binelles
92310 Sèvres
Tél. : 01 45 34 90 30

BISICO FRANCE

Opalescence PF 35 %

DESCRIPTIF

Gel d'éclaircissement à 35 % de peroxyde de carbamide.

Opalescence PF 35 % est une nouvelle version fortement dosée du gel d'éclaircissement Opalescence bénéficiant de l'ajout du fluor (traitement des sensibilités dentaires et fluorations) et du nitrate de potassium (action sur les nocicepteurs). Les études récentes ont montré que la version PF permettait la consolidation de l'émail lors des traitements d'éclaircissement. L'Opalescence PF 35 % s'applique à l'aide d'une gouttière personnalisée thermoformée pendant 30 minutes par jour environ. Opalescence PF 35 % existe en plusieurs saveurs (naturel, menthe et pastèque) et répond à la demande grandissante des patients qui souhaitent des traitements ambulatoires de plus en plus concentrés tout en limitant les risques de sensibilité.

LES PLUS PRODUIT

- Traitement ambulatoire en 30 minutes par jour
- Fluoration conjuguée
- Agent désensibilisant
- 3 parfums

BISICO FRANCE
L'Opéra – BP 60
13680 Lançon-de-Provence
Tél. : 04 90 42 92 92

COLTÈNE WHALEDENT FRANCE

ParaPost Taper Lux

DESCRIPTIF

Nouveau tenon cylindro-conique dans la gamme Esthetic Post.

Le ParaPost Taper Lux est un tenon cylindro-conique translucide, conçu pour les canaux préparés en rotation continue puisqu'il présente une conicité de 4 % dans son tiers apical. ParaPost Taper Lux peut être utilisé avec tous les matériaux auto, photopolymérisables, voire à polymérisation duale pour un collage rapide. Il présente une radio-opacité élevée. Un pourcentage élevé de fibres unidirectionnelles lui confère d'excellentes propriétés mécaniques. Disponible en quatre tailles facilement identifiables, ParaPost Taper Lux réduit la quantité de tissu dentaire détruit pour la préparation du logement de tenon.

LES PLUS PRODUIT

- Tenon esthétique cylindro-conique avec conicité apicale de 4 %
- Radio-opacité élevée, excellentes propriétés mécaniques
- Tailles facilement identifiables grâce aux bandes colorées aisément retirables.

COLTÈNE WHALEDENT FRANCE
19, bd Alexandre-Oyon
72058 Le Mans Cedex
Tél. : 02 43 39 30 30

COLTÈNE WHALEDENT FRANCE

Parotisroll Anatomic

DESCRIPTIF

Rouleau de coton anatomique contre les réflexes nauséeux.

LES PATIENTS S'ÉTOUFFENT plus fréquemment lorsque le praticien travaille en distal et essaient de repousser le rouleau vers l'avant de la bouche avec la langue. Parotisroll Anatomic, développé en collaboration avec le Dr Hannelore Oberschachtsiek, chef de service au Centre hospitalier universitaire Erlangen en Allemagne, exerce moins de pression sur les bords de la langue que les rouleaux standards grâce à ses extrémités aplaties. Le traitement des patients sensibles avec un fort réflexe nauséeux est ainsi facilité. Grâce à son action ressort interne, Parotisroll reste en place et procure un champ de travail plus large.

LES PLUS PRODUIT

- **Moindre sensation d'encombrement pour le patient**
- **Meilleure tolérance pour les patients à fort réflexe nauséeux**

COLTÈNE WHALEDENT FRANCE
19, bd Alexandre-Oyon
72058 Le Mans Cedex
Tél. : 02 43 39 30 30

BISICO FRANCE

Flor-Opal Varnish

DESCRIPTIF

Vernis fluoré.

NOUVEAU VERNIS FLUORÉ (fluorure de sodium à 5 %) pour le traitement des hypoplasies amélaires, les fluorations topiques chez les patients à haut risque carieux ou pour toute autre situation où l'application topique des fluorures s'avère nécessaire (sensibilité, protections des zones adjacentes aux *brackets* orthodontiques). Le vernis Flor-Opal est activé juste avant son application pour éviter la séparation des phases et les précipitations rencontrées avec d'autres types de vernis. Une fois activé, il est appliqué directement sur les surfaces concernées et durcit au contact de la salive (couche légèrement visible de couleur jaunâtre), ce qui réduit les risques de dissolution dans la salive. Le vernis reste en place pendant de nombreux jours et apporte une quantité importante de fluorures qui pénètrent dans les structures minéralisées dentaires.

LES PLUS PRODUIT

- **Mélange automatique extemporané**
- **Durcit au contact de la salive**
- **Application aisée**

BISICO FRANCE
L'Opéra – BP 60
13680 Lançon-de-Provence
Tél. : 04 90 42 92 92

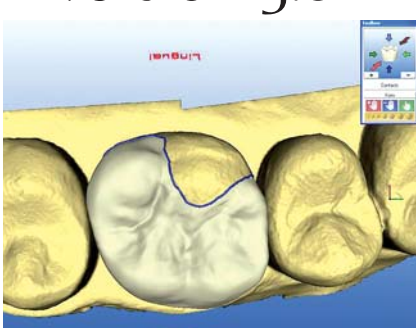
SIRONA DENTAL SYSTEM

Logiciel CEREC 3D version 3.01

DESCRIPTIF

Biogénérique, tout simplement.

POUR CETTE NOUVELLE VERSION du logiciel Cerec 3D, les chercheurs de l'université de Munich ont mesuré plusieurs milliers de dents du bloc postérieur et ont enregistré toutes leurs caractéristiques géométriques et anatomiques. C'est sur cette base que Cerec dessine le contour et la face occlusale de la restauration à élaborer en leur donnant un aspect « naturel ». Cerec déclenche



le processus de reconstitution biogénérique de la partie dentaire manquante. L'intervention du praticien est de ce fait très réduite.

LES PLUS PRODUIT

- **Nombre des étapes réduites, d'où un gain de temps considérable**
- **Courbe d'apprentissage réduite**
- **Morphologie occlusale très naturelle**

SIRONA DENTAL SYSTEM FRANCE
15, rue des Halles
75001 Paris
Tél. : 0805 204 204

ITENA

TotalCem

DESCRIPTIF

Ciment résine automordançant auto-adhésif.

Ce ciment, qui délivre une force d'adhésion plus de trois fois supérieure à celle des ciments verre ionomère renforcés par addition de résine, présente les caractéristiques suivantes :

- automordançant ;
- auto-adhésif à l'émail, la dentine, la céramique, la zircone, le métal et les composites ;
- auto/photopolymérisable ;
- la plus faible épaisseur de film du marché ;
- solubilité nulle dans les fluides buccaux pour une étanchéité parfaite dans la durée ;
- élimination aisée des excès ;
- ergonomie d'utilisation sans faille ;
- deux teintes A2 et transparente pour un scellement esthétique ;
- embouts intra-oraux de deux types : fins et extra-fins.

Le TotalCem est particulièrement indiqué dans les scellements adhésifs des tenons fibrés, reconstitutions, composites, zircones et céramiques ainsi que pour majorer la rétention des reconstitutions à armature métallique.

LES PLUS PRODUIT

- **Tout en un ! Mordançage, primer, adhésif et ciment**
- **Multi-indications : scellement de tenons, couronnes, bridges, inlays et onlays**
- **Exceptionnelle force d'adhésion (3 fois supérieure à celle des CVIMAR)**
- **Auto/photopolymérisable**

ITENA
20, rue Gilberte-Desnoyer
93600 Aulnay-sous-Bois
Tél. : 01 45 91 30 06

IVOCLAR - VIVADENT

AdheSE® One VivaPen

DESCRIPTIF

Nouvelle présentation d'un adhésif automordançant photopolymérisable en une étape : le VivaPen.

Grâce à sa forme exceptionnelle, le VivaPen permet d'appliquer l'AdheSE One facilement et proprement directement en bouche. Il s'active en cliquant jusqu'à ce que la canule-pinceau soit imprégnée. Les canules-pinceaux sont jetables et le VivaPen peut ainsi servir à plusieurs applications. L'application d'une couche d'AdheSE One est suffisante, puisque l'eau est utilisée comme solvant. Grâce à l'intégration de nanocharges, la couche est homogène. Le VivaPen est très économique, puisque l'on ne prélève que la quantité nécessaire. Les monomères stables brevetés contenus dans l'AdheSE One permettent de le stocker à température ambiante.

LES PLUS PRODUIT

- **Application directe et rapide avec le VivaPen**
- **Dosage précis et économique**
- **Conservation à température ambiante sans perte de qualité**

IVOCLAR VIVADENT SAS
BP 118
74410 Saint Jorioz Cedex
Tél. : 04 50 88 64 00

FC MEDICAL DEVICE

Les aides optiques Easy-View

DESCRIPTIF

Une gamme complète ergonomique pour optimiser vos décisions.

Choisir la bonne distance de travail et le bon grossissement pour une harmonie posturo-ergonomique, réduire la contrainte de l'œil, du dos, la tension des épaules et du cou, ainsi que les maux de tête. L'objectif de la gamme Esay-View : une bonne ergonomie conduisant à la prise de décision optimale.

- un grossissement de 2,5 à 6 ;
- une distance de travail à 340, 420, 500, 550 mm ;
- trois tailles de monture disponibles ;
- un champ de vision de 35 mm à 120 mm selon le modèle ;
- une prescription ophtalmique économique ;
- une monture titane permettant une diminution de poids de 20 % ;
- une gamme de produits conditionnée dans un coffret en aluminium facilitant l'entretien.

LES PLUS PRODUIT

- **Une gamme complète**
- **Option éclairage Universel Easy-Light, puissant (12 000 lx), léger (15 g)**
- **Un seul réglage à effectuer : l'écart interpupillaire**

FC MEDICAL DEVICE
45, rue Maurice-Berteaux – Bât. B
78600 Le Mesnil-le-Roi
Tél. : 01 34 93 77 46

Comme 3 000 confrères, **adhérez** au club très fermé de la SOP !

Non ! la SOP n'est pas un cercle élitiste. En 2006, 4 600 omnipraticiens venus de toute la France, dont 3 000 membres de la SOP bénéficiant de tarifs préférentiels, ont assisté aux formations de la SOP conçues par des praticiens pour des praticiens et animées par des conférenciers reconnus. Et vous, comment actualiserez-vous votre pratique en 2007 ?

Pour 84 €, **devenez membre** de la SOP et bénéficiez de 6 offres exclusives.

- **Une remise de 60 €** pour chaque journée de formation de la SOP*
- **Une journée de formation** par an pour la somme de **120 €** (réservée aux membres à jour de leur cotisation 2006 et 2007 et n'ayant pas déjà bénéficié de cette offre)
- **Des promotions exclusives** de nos partenaires
- **L'abonnement** à la Revue d'odonto-stomatologie (trimestriel scientifique bilingue)
- **Le prêt gratuit** des cassettes vidéo de la SOP
- Un service d'**assistance téléphonique**

* Remise applicable également pour les formations de la Fédération des sociétés scientifiques odonto-stomatologiques de l'Île-de-France (FSSOSIF).

Bulletin d'adhésion

À retourner dûment complété et accompagné de votre chèque de règlement de 84 euros libellé à l'ordre de la SOP à :
SOP – 6, rue Jean-Hugues – 75116 Paris
Renseignements : 01 42 09 29 13 – Fax : 01 42 09 29 08

Nom : ..... • **Prénom :** .....
Adresse : .....
Ville : ..... • **Code Postal :** .....
Tél. : ..... • **Adresse e-mail :** .....

Assurance Automobile

AUT_TOU 2007 - MACSF assurances - Société d'Assurances Mutuelle - Entreprise régie par le Code des Assurances - Adresse Postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100 - 92919 LA DEFENSE CEDEX - SIREN n° 775 665 631.

Une assurance auto au rabais, vous trouvez ça rassurant ?

La MACSF connaît parfaitement les besoins des professionnels de la Santé et sait que votre voiture est souvent indispensable. C'est pourquoi nous avons conçu une assurance auto comprenant **un maximum de garanties pour un prix calculé au plus juste** : remboursement des pannes électriques et mécaniques, solutions de remplacement dans l'heure en cas de vol, accident ou panne de votre véhicule, assistance 0 Km… Vous couvrant parfaitement, sans frais cachés, notre assurance ne vous laissera jamais tomber. Esprit mutualiste oblige. **Quel autre assureur peut en dire autant ?**

Pour contacter votre Mutuelle d'Assurance des Professionnels de la Santé :

www.macsf.fr

3233*

* 0,10 € maximum la minute depuis un poste fixe FT. Ce tarif est susceptible d'évoluer en fonction de l'opérateur utilisé.

Ceux qui se consacrent à la santé des autres ont besoin que l'on se consacre à eux.

MACSF groupe